

**Universidade Aberta do SUS – UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas – UFPel**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma Nº 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na estratégia  
de Saúde da Família São Paulo, no município de Tapejara/RS**

**Joaquina Mauri Pelayo**

Pelotas, 2015

**Joaquina Mauri Pelayo**

**Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na Estratégia de Saúde da Família São Paulo, no município de Tapejara/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Especialização em Saúde da Família  
– Modalidade a Distância –  
UFPEL/UNASUS como requisito  
para aprovação à obtenção do título  
de Especialista em Saúde da  
Família.

Orientador: Gisela Cataldi Flores

Pelotas, RS

2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

P381m Pelayo, Joaquina Mauri

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na Estratégia de Saúde da Família São Paulo, no Município de Tapejara/RS / Joaquina Mauri Pelayo; Gisela Cataldi Flores, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

91 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Flores, Gisela Cataldi, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## Resumo

MAURI PELAYO, Joaquina. **Melhoria atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na Estratégia de Saúde da Família e do Bairro São Paulo, Tapejara/RS** 92f. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois é a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis, constituem-se os mais importantes fatores de risco as doenças cardiovasculares. Nesse contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações para o controle da HAS e DM, uma vez que, através do trabalho em equipe, atua na promoção da saúde, prevenção de complicações, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso com a comunidade. O objetivo geral de nosso trabalho foi Qualificar as ações referentes à Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na ESF São Paulo, no município de Tapejara/RS. A intervenção na unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos para 80% para a melhoria dos registros, a qualificação da atenção destes usuários com destaque para a ampliação dos exames clínicos e para a avaliação do risco de ambos os grupos. Como conclusão, observamos que o impacto esperado nos indicadores acima referidos exige uma necessidade premente na ação do poder público, com implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis que possam garantir a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, fortalecendo a rede de atenção à saúde através da linha de cuidado da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Espera-se que a gestão apoie e fortaleça este tipo de oportunidade para os demais profissionais, que seja estabelecida uma rotina de supervisão das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada às demandas da população, e que a comunidade se aproprie da proposta, contribuindo assim com sua continuidade e aperfeiçoamento.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Melhoria da Atenção à Saúde Hipertensão Arterial, Diabetes

**Lista de Figuras e Tabelas**

Figura 1	Cobertura do Programa de atenção Hipertenso na unidade de Saúde	64
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao Diabético na unidade de saúde.	65
Figura 3	Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa	70
Figura 4	Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa	70

.

**Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AGHOS	Gestão e Regulação Assistencial e Financeira de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
MS	Ministério de Saúde
PA	Pressão Arterial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISREG	Sistema de Centrais de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>	9
1      Análise Situacional .....		10
1.1    Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....		9
1.2    Relatório da Análise Situacional .....		20
1.3    Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....		2937
2      Análise Estratégica .....		39
2.1    Justificativa .....		39
2.2    Objetivos e metas .....		41
2.2.1   Objetivo geral .....		41
2.2.2   Objetivos específicos e metas .....		41
2.3    Metodologia .....		43
2.3.2   Indicadores .....		49
2.3.3   Logística .....		56
2.3.4   Cronograma.....		58
3      Relatório da Intervenção.....		61
3.1    Ações previstas e desenvolvidas.....		61
3.2    Ações previstas e não desenvolvidas.....		66
3.3    Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....		68
3.4    Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....		68
4      Avaliação da intervenção.....		69
4.1    Resultados.....		69
4.2    Discussão .....		88
5      Relatório da intervenção para gestores .....		93
6      Relatório da Intervenção para a comunidade .....		96
7      Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....		97
Referências .....		99
Anexos.....		100
Apêndices.....		101

## **Apresentação**

Trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS-UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL (EAD UFPel) . O presente volume apresenta-se conforme segue: a primeira parte está composta pelo Relatório da Análise Situacional, a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, a terceira pelo Relatório da Intervenção, a quarta pelo Relatório dos Resultados da Intervenção e, a quinta, pela Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.



## **1. Análise Situacional**

### **1.1. Situação da ESF/APS no serviço**

Minha área de saúde é uma ESF, da qual faz parte o Programa Mais Médicos (PMM), localizada em área urbana, vinculada ao SUS, não sendo vinculada a nenhuma instituição de ensino, com 6 micro áreas para um total estimado de 4.512 usuários. Possui uma equipe de saúde composta por uma recepcionista, um auxiliar de farmácia, três técnicas de enfermagem três fisioterapeuta, uma auxiliar de fisioterapia, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, seis Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), uma nutricionista uma psicóloga, uma enfermeira, um pediatra, um médico clínico geral, uma auxiliar de limpeza e um motorista.

Em relação à estrutura física, possuímos: uma farmácia (entrega dos medicamentos e cadastro de usuários) uma sala de sinais vitais/curativos, uma sala de vacinas, uma sala fisioterapia, uma sala procedimentos odontológicos, uma sala de nutrição e mesma para atendimentos psicológicos, uma sala de enfermagem, um consultório de atendimentos médicos, quatro banheiros, uma lavanderia, uma cozinha, uma sala de depósito de lixo e um almoxarifado.

Mediante as doenças diagnosticadas na região, os medicamentos que estão na lista básica do município, estão dentro da normalidade. Visto que cada região do Brasil enfrenta diferentes situações e doenças.

O medicamento que falta é o de controle à Hiperuricemias que diabéticos precisam para controlar o ácido úrico, porém outros usuários que também podem apresentar tal enfermidade e não encontram estes medicamentos na Farmácia Básica. A dificuldade é a pouca oferta de consultas onde se forma filas e há a demora para encaminhar.

Dentre as necessidades e limitações observadas destaca-se a falta de exames e as filas para encaminhamento às Especialidades. Isto é o que mais atrapalha o bom andamento da saúde da população, pois um diagnóstico mal interpretado ou muito demorado pode implicar em situações muito problemáticas para os usuários da UBS e familiares.

São as ACS que trazem as informações das famílias que visitam e percebem possíveis problemas aos profissionais da ESF, como ao Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Psicólogo, Nutricionista, Dentista, Fisioterapeuta, Vacinadora, e demais profissionais que atuam na equipe.

Depois de avaliar as informações segue a ação de visitar a família e fazer as informações necessárias para interromper, de certa forma o agravo da situação de saúde destes usuários. Para isto, desloca-se o profissional médico a enfermagem, técnica de enfermagem ou qualquer outro encarregado para determinada ação. Com isto o usuário sente a ESF muito perto dele, e lhe agrada esta atenção pessoal e diferenciada. Mas por mais que a equipe se empenhe, sempre temos problemas de agravos, os quais passam despercebidos ou não conseguem êxito na prevenção e que acabam por precisar do consultório médico, odontológico ou outro, conforme a necessidade na ESF, plantão e Hospital.

Surgem os encaminhamentos para as referências em especialidades onde ocorrem com frequência, visto que muitas enfermidades devem ser investigadas mais a fundo. Nas referências e contra referências a equipe da ESF está envolvida, pois sem ter o acompanhamento do médico da família nas residências destes usuários pode colocar o trabalho construído abaixo. As especialidades as quais são encaminhadas para os hospitais, consultórios de referências do SUS, estão de certa forma com uma demanda muito grande, pois afunila este gargalo onde tem muito encaminhamento e pouca referência, esta demora em atender um usuário, muitas vezes pode acarretar em algo mais agravante, e dispêndio dos recursos do SUS podem aumentar. Desta forma é de grande importância o trabalho de prevenção que a ESF realiza para isto os profissionais deve receber capacitações constantes e especialização, visando assim uma melhor qualificação no trabalho preventivo da saúde da comunidade.

As atividades realizadas pela equipe são os grupos de hipertensos, diabéticos, lactantes, gestantes, trabalho nas escolas de conscientização, palestras, planejamento familiar, atividades de prevenção de doenças de transmissão sexual, atividades para adolescentes, idosos, atenção à mulher,

feira de saúde anual, atividade de prevenção de doenças odontológicas. As reuniões de equipe são realizadas semanalmente, onde se discute, se planeja, tira dúvidas, ações de saúde futuras.

A equipe é suficiente para o acompanhamento desta população, porém já houve uma divisão demográfica deste mesmo bairro e implantada uma nova ESF onde dividiu a população, que já estava em torno de 7.000 habitantes, divididas em duas UBS. Onde trabalho possui aproximadamente 4.512 usuários coincidindo mais ou menos com os dados primários do MS, estes foram divididos em 6 microáreas, onde cada uma das seis ACS tem cadastradas cerca de 300 famílias, sendo um dos pontos negativos a falta de dados concretos dos cadastramentos das famílias por parte das ACS. O perfil sociodemográfico por sexo e faixa etária da população não está registrado especificamente na ESF e no município, somente está cadastrado o nome da pessoa, endereço e algumas doenças (HAS, DM), diante disso, teria que buscar os dados um a um por família, o que levaria muito tempo para o cumprimento da tarefa.

O acolhimento segue a rotina no qual a população que é da demanda espontânea aguarda a abertura da unidade, após se organizar conforme a ordem de chegada é recebida pela recepcionista ainda no corredor e na recepção, esta acessa ou cadastra o usuário no prontuário eletrônico, após encaminha para a sala de triagem, nesta as técnicas de enfermagem fazem a primeira avaliação, pois tem o entendimento das vulnerabilidades sociais dos usuários de sua comunidade, onde registram no prontuário eletrônico os sinais vitais, e encaminham para o profissional médico para a consulta. Caso o usuário na recepção não quiser atendimento do médico e sim do dentista, é encaminhado para aguardar a chamada do mesmo por ordem de chegada. Se outro usuário ainda assim, não quiser nem um destes profissionais, será ouvido a sua demanda e encaminhado para o setor que resolve a sua necessidade. Os agendamentos são realizados para exames citopatológicos, as fisioterapias, a nutricionista, a psicologia. O restante é demanda espontânea. Caso surja algum caso de urgência/imediata, é ouvido primeiro pela enfermagem, sendo necessário é encaminhada pelo próprio carro da ESF ao hospital ou chamada a

ambulância conforme o caso. Como a distância entre as unidades não é grande e o trânsito flui sem problemas, a demora para a chegada de um usuário ao estabelecimento em que será atendida a sua emergência é muito rápida.

Minha percepção ao chegar à Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi que a estrutura é boa, com localização urbana. Tem capacidade para desenvolver todas as atividades de prevenção, promoção e reabilitação de saúde da população. Temos o privilégio de ser a única ESF que conta com academia, onde fazemos atividades de prevenção e promoção de saúde mediante (palestras, vídeos educativos, atividades com gestante, hipertensos, diabéticos). Outro ponto positivo é que a equipe de saúde com exceção do médico está completa.

Eu espero que com o PMM sirva para ser uma intervenção oportuna em benefício da comunidade, cumprindo-se assim o protocolo traçado pelo MS do Brasil, que até este momento não está sendo cumprido em sua totalidade. Eu desejo que minha permanência no Brasil contribua de forma humilde a melhorar os indicadores de saúde, e atuando sobre o modo e estilo de vida, da melhor maneira possível, e levar esta experiência a meu país. Considero que é uma oportunidade única de ampliar conhecimento e de ser um melhor profissional da saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Tapejara é um dos municípios do Estado do RS, com população estimada de 21.224 habitantes. Possui uma área de unidade territorial de 238.798 (Km<sup>2</sup>). Com densidade demográfica 80,61 (hab/km<sup>2</sup>). No município contamos com duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e quatro Estratégias de Saúde da Família (ESF), possuímos quatro Núcleos de Atenção a Saúde da Família (NASF), um Hospital, Santo Antônio (90 Leitos para internação Sistema Único de Saúde (SUS) e privado, serviços especializados (ginecologista, oftalmologista, gastrologista, ortopedista, angiologista, cirurgias gerais), exames (Ultrassom, Raio X, Mamógrafo, laboratório clínico).

Minha área de saúde é uma ESF, na qual o Programa Mais Médicos (PMM) faz parte, localizada em área urbana, vinculada ao SUS, não sendo vinculada a nenhuma instituição de ensino, com seis micro áreas para um total estimado de 4.512 usuários. Possui uma equipe de saúde composta por: uma Recepcionista; uma Auxiliar de Farmácia; três Técnicas de Enfermagem, três Fisioterapeutas, uma Auxiliar de Fisioterapia, um Odontólogo, um Auxiliar de Saúde Bucal, seis Agentes Comunitários de Saúde(ACS), uma Nutricionista, uma Psicóloga, uma Enfermeira, um Pediatra, um Médico clínico geral, uma Auxiliar de limpeza e um Motorista.

Em relação à estrutura física possuímos uma farmácia (entrega dos medicamentos e cadastro de usuários), uma sala de sinais vitais/curativos; uma sala de vacinas, uma sala de fisioterapia, uma sala procedimentos odontológicos, uma sala de nutrição e mesma para atendimentos psicológicos; uma sala de enfermagem; dois consultórios de atendimentos médicos, quatro banheiros, uma lavanderia, uma cozinha, uma sala de depósito de lixo; e um almoxarifado.

Os aspectos identificados como deficiências na estrutura física que atrapalham o desenvolvimento de trabalho são: banheiros precisando de porta mais larga para os deficientes e cadeirantes, corrimão de apoio nas laterais do vaso sanitário e pia, para os usuários terem mais segurança ao sentar-se. Outro exemplo de deficiência da estrutura é o consultório médico, pequeno para atender qualquer tipo de usuário, seja incapacitado ou não de se locomover. Possui uma mesa do médico, uma maca de exames, uma mesa auxiliar para equipamentos necessários aos exames, um armário vitrine e o banheiro. Sendo assim o espaço físico fica muito limitado tornando a locomoção dentro deficiente, pois, se um usuário for cadeirante ou um usuário mais acompanhante, já não se pode abrir a porta e nem realizar um bom exame físico sem esbarrar nos móveis ou nos usuários.

A iluminação de um dos corredores pode ser melhorada, neste mesmo corredor, há uma infiltração no teto de laje, criando uma mancha de mofo. Por fora da ESF as paredes precisam de nova pintura e nos corredores internos podem ser colocados corrimões. Os corredores apesar de serem largos

funcionam como sala de espera, sendo necessária uma sala de espera própria para este fim.

Ao refletir sobre as comparações entre o Manual do Ministério da Saúde (MS) em relação as deficiências a serem superadas e minimizadas e o questionário sobre as questões de limitações, enfrentamento, a resolução e a minha governabilidade na análise geral de cada bloco, são: dentre todos os aparelhos relacionados, a maioria está dentro das normas e condições satisfatórias, porém podemos ver sobre alguns aparelhos que não são encontrados na ESF, como exemplo: Estetoscópio de Pinard- este não é utilizado nesta região, pois temos o sonar que substitui a sua função, forno de Pasteur também não é de utilização na ESF, microscópio, não há na UBS/ ESF, pois quando há necessidade de maiores informações microscópicas é encaminhado ao laboratório do Hospital.

Não existe pote de coleta de escarro, quando a ESF necessita fazer este exame, encaminha o usuário à UBS Central, onde as técnicas coletam e já aprontam a primeira amostra e em caso de positividade, já encaminham ao Laboratório do Estado do Rio Grande do Sul (LACEN) para análise completa.

Não temos oftalmoscópio, para identificar a Retinopatia diabética e Hipertensiva, que é usado pelo pediatra, bem como pelo clínico, mas há necessidade de haver um aparelho para cada médico. Da mesma forma, outro aparelho é o espéculo nasal, que a ESF não possui para diagnosticar infecções nasais, visto que a região sul é de clima extremamente variável e de muitas infecções respiratórias.

Os materiais de consumo e insumo são suficientes e caso haja necessidade de reposição não encontro dificuldades. Alguns materiais como livros, macro modelos, manequins não são de grande importância por termos uma coleção de vídeos informativos que se pode trabalhar em atividades de educação e prevenção.

Mediante as doenças diagnosticadas na região, os medicamentos que estão na lista básica do município, estão dentro da normalidade. Visto que cada região do Brasil enfrenta diferentes situações e doenças.

O medicamento que falta é o de controle à Hiperuricemias que diabéticos precisam para controlar o ácido úrico, porém, outros usuários que também podem apresentar tal enfermidade e não encontram estes medicamentos na Farmácia Básica.

O calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI) é levado a sério no município. A ESF dispõe de todas as vacinas rotineiras, mantém controle para que não haja falta na unidade de nem uma delas. A única que não é tão rotineira, mas que é disponibilizada sempre que necessária é a Pneumocócica 23 valente.

Em relação aos exames é que se encontra o maior problema para a saúde pública na atenção básica, pois é aqui que se esbarra com a necessidade de um maior número de exames para disponibilizar nas ESFs, os quais ajudam, em muito, no diagnóstico clínico correto das enfermidades sofridas pela população. Os exames disponíveis são de boa qualidade e variedade, porém insuficientes na quantidade.

O acesso ao atendimento especializado é realizado através de encaminhamentos para internação no hospital do município, este se for necessário encaminha à referência em saúde nos centros maiores. Para consultas em especialidades através da referência e contra referência, onde são encaminhadas do ESF para a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e esta, por sua vez, encaminha via SISREG (Sistema Nacional de Regulação) e AGHOS (Gestão e Regulação Assistencial e Financeira de Saúde). A contra referência, quando se faz se faz necessária da especialidade para a ESF (ao médico que a encaminhou) retorna para o médico acompanhar em domicílio. Existe dificuldade é a pouca oferta de consultas onde se forma filas e há a demora para encaminhar. Dentre as necessidades e limitações observadas destaca-se a falta de exames e as filas para encaminhamento às especialidades. Isto é o que mais atrapalha o bom andamento da saúde da população, pois um diagnóstico mal interpretado ou muito demorado pode implicar em situações muito problemáticas para os usuários da ESF e familiares.

Dentre as estratégias para superar estas dificuldades faz-se necessário alertar tanto o poder público municipal como também estadual e federal, sendo que nosso trabalho deve estar sendo visualizado nestes três esferas.

Em relação às atribuições das equipes o aspecto positivo que podemos mencionar a equipe de profissionais da saúde na ESF é de suma importância, pois são eles que investigam e apresentam os problemas detectados nas famílias, tanto na área da saúde mental, física ou de fragilidade social. Exemplo disto tem as ACS, as quais têm um papel relevante neste intuito de fazer a prevenção destes agravos.

São elas que trazem as informações das famílias que visitam e percebem possíveis problemas aos profissionais da ESF, como, ao Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Psicólogo, Nutricionista, Dentista, Fisioterapeuta, Vacinadora, e demais profissionais que atuam na equipe.

Depois de avaliar as informações segue a ação de visitar a família e fazer as informações necessárias para interromper, de certa forma o agravo da situação de saúde destes usuários. Para isto, desloca-se o profissional médico a enfermagem, técnica de enfermagem ou qualquer outro encarregado para determinada ação. Com isto o usuário sente a ESF muito perto dele, e lhe agrada esta atenção pessoal e diferenciada. Entretanto por mais que a Equipe se empenhe, sempre temos problemas de agravos, os quais passam despercebidos ou não conseguem êxito na prevenção e que acabam por precisar do consultório médico, odontológico ou outro, conforme a necessidade na ESF, plantão e Hospital. Nestes casos a procura da investigação ou cura de seus males.

Surgem os encaminhamentos para as referências em especialidades onde ocorrem com frequência, visto que muitas enfermidades devem ser investigadas mais a fundo. Nas referências e contra referências a equipe da ESF está envolvida, pois sem ter o acompanhamento do médico da família nas residências destes usuários pode colocar o trabalho construído abaixo. As especialidades as quais são encaminhadas para os hospitais, consultórios de referências do SUS, estão de certa forma com uma demanda muito grande,



pois afunila este gargalo onde tem muito encaminhamento e pouca referência, esta demora em atender um usuário, muitas vezes pode acarretar em algo mais agravante, e dispêndio dos recursos do SUS podem aumentar. Desta forma é de grande importância o trabalho de prevenção que a ESF realiza para isto os profissionais deve receber capacitações constantes e especialização, visando assim uma melhor qualificação no trabalho preventivo da saúde da comunidade.

Destaca-se nesta reflexão o problema que impacta diretamente na ESF em que se percebe que os profissionais principalmente os ACS devem ter capacitações periódicas e específicas, fazendo assim, com que eles consigam identificar os agravos antes de se complicarem.

Neste parâmetro, vejo de minha possibilidade procurar fazer estas capacitações com as ACS, mostrando como elas podem identificar problemas de saúde, que devido ao ambiente em que vivem podem se agravar, da mesma forma solicitar aos outros profissionais, principalmente psicólogos e nutricionista que façam o mesmo trabalho com as ACS. Acredito que uma equipe bem preparada pode sem dúvida, trazer melhor qualidade de vida para os usuários.

A realização de atendimento de urgência /emergência, ocorre da seguinte forma, a unidade atende os casos de urgência dentro do período em que esta aberta, sendo que muitos casos são encaminhados ao Hospital que esta perto e em condições de atender mais especificamente estes casos. Sendo que casos de emergência o próprio usuário já liga direto para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), serviço de emergência que está à disposição de toda a população por 24 horas. As pequenas cirurgias são realizadas no ambulatório do Hospital, visto que se encontra a menos de dez minutos da unidade. O atendimento em domicílio é realizado todas as semanas pelos profissionais (médico, enfermeira, dentista, técnicos de enfermagem, psicóloga e fisioterapeuta) estes realizam os procedimentos necessários aos usuários, as ACS também participam de visitas domiciliares. A busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e grupos é realizada de forma séria por ser de grande importância manter estes usuários faltosos perto e

participantes das atividades de grupo, por serem geralmente a parte mais precária, ou seja, mais frágil, que sempre deve estar em constante avaliação. As notificações compulsórias de doenças e agravos são realizadas pela equipe de vigilância epidemiológica que atua na UBS Central, mas mesmo sendo notificada no programa do MS por elas, a equipe do ESF participa da busca e da investigação quando ocorre em sua área.

As atividades realizadas pela equipe são os grupos de hipertensos, diabéticos, lactantes, gestantes, trabalho nas escolas de conscientização, palestras, planejamento familiar, atividades de prevenção de doenças de transmissão sexual, atividades para adolescentes, idosos, atenção à mulher, feira de saúde anual, atividade de prevenção de doenças odontológicas. As reuniões de equipe são realizadas semanalmente, onde se discute, se planeja, tira dúvidas, ações de saúde futuras.

Os protocolos para referência e contra referência são realizados através de um boletim enviado à secretaria da saúde, onde esta encaminha via SISREG (Sistema Nacional de Regulação) e AGHOS (Gestão e Regulação Assistencial e Financeira de Saúde) que são realizadas em outros municípios, após serem atendidos na especialidade encaminhada se houver uma contra referência ao médico da ESF que encaminhou, são enviados a contra referência, onde a equipe deve estar acompanhando este usuário.

Em outros níveis do sistema de saúde a equipe não atua como hospital ou pronto socorro, só encaminha o usuário que precisa destes locais para o cuidado específico destes estabelecimentos.

O acompanhamento do plano terapêutico proposto ao usuário tanto nas situações de encaminhamento a outros níveis do sistema são realizados pelos profissionais da equipe responsáveis por cada plano terapêutico específico, seja fisioterapia, psicologia, técnica ou médica. Quanto à internação hospitalar não se interfere nos procedimentos e atenção a este usuário, visto que esta sendo acompanhado por profissionais do próprio estabelecimento. Já em domicílio, se for internação domiciliar quem acompanha são os técnicos do hospital, e se for apenas procedimentos da atenção básica aí sim são

realizados pela equipe de ESF. Dentro da unidade, não são realizadas parcerias com outras entidades para realizar certas atividades, visto que as maiores campanhas são realizadas em conjunto com as outras ESFs e secretaria municipal, a qual busca estas parcerias.

A equipe é suficiente para o acompanhamento desta população, porém já houve uma divisão demográfica deste mesmo bairro e implantada uma nova ESF onde dividiu a população, que já estava em torno de 7.000 habitantes, divididas em duas UBS. Onde trabalho possui aproximadamente 4.512 usuários coincidindo com os dados do MS, estes foram divididos em seis micro áreas, onde cada uma das seis os ACS tem cadastradas cerca de 300 famílias, sendo um dos pontos negativos a falta de dados concretos dos cadastramentos das famílias por parte das ACS.

O perfil sócio demográfico por sexo e faixa etária da população não está registrado especificamente na ESF e no município, somente está cadastrado o nome da pessoa, endereço e algumas doenças (HAS, DM), diante disso, teria que buscar os dados um a um por família, o que levaria muito tempo para o cumprimento da tarefa. Se necessário para o trabalho de conclusão buscarei estes dados atualizados, incentivando o recadastramento da população para melhor atualização destes dados.

O acolhimento segue a rotina na qual a população que é da demanda espontânea aguarda a abertura da unidade, após se organizar conforme a ordem de chegada é recebida pela recepcionista ainda no corredor e na recepção, esta acessa ou cadastra o usuário no prontuário eletrônico, após encaminha para a sala de triagem, nesta as técnicas de enfermagem fazem a primeira avaliação, pois tem o entendimento das vulnerabilidades sociais dos usuários de sua comunidade, onde registram no prontuário eletrônico os sinais vitais, e encaminham para o profissional médico para a consulta. Caso o usuário na recepção não quiser atendimento do médico e sim do dentista, é encaminhado para aguardar a chamada do mesmo por ordem de chegada. Se outro usuário ainda assim, não quiser nem um destes profissionais, será ouvido a sua demanda e encaminhado para o setor que resolve a sua necessidade. Os agendamentos são realizados para exames citopatológico, as fisioterapias,

a nutricionista, a psicologia. O restante é demanda espontânea. Caso surja algum caso de urgência/imediata, é ouvido primeiro pela enfermagem, sendo necessário é encaminhada pelo próprio carro da ESF ao hospital ou chamada a ambulância conforme o caso. Como a distância entre as unidades não é grande e o trânsito flui sem problemas, a demora para a chegada de um usuário ao estabelecimento em que será atendida a sua emergência é muito rápida.

As gestantes têm atenção especial, com um dia para elas ampliarem os seus conhecimentos, junto aos profissionais de saúde que atuam nesta unidade, da mesma forma os hipertensos, os diabéticos recebem os medicamentos todo o mês em uma reunião para confraternizar e com palestras, neste dia a equipe entrega em uma sacolinha identificada e personalizada que o usuário todo o mês troca para pegar os seus remédios habituais, as crianças que são avaliadas nas escolas pela odontologia são encaminhadas a ESF para resolver algum problema bucal identificado nesta primeira avaliação, os idosos tem espaço prioritário, pois tem atenção especial da equipe, eles gostam muito de conversar nas reuniões, no seu dia de atenção, são vários os grupos atendidos como os adolescentes, as lactantes, e outros, todos tem seu espaço para a escuta e orientações.

Felizmente na UBS e na comunidade, acontece de uma forma normal este fluxo, mesmo que muitos usuários sejam orientados para vir no outro dia, mas isto acontece nos casos em que a necessidade não é imediata, pois nos episódios de urgência a equipe procura resolver de alguma forma, ou por atendimento extra ou encaminhamento ao plantão médico.

Dentro da minha governabilidade, sempre que for solicitada uma consulta extra (além das de rotina) atendo sem o menor problema, pois sei que enquanto estiver na unidade este é o meu dever. E da mesma forma o profissional dentista atende os casos extras e que são de intervenção imediata.

Vejo no dia a dia da ESF, que atenção básica é resolutive, pois tanto a equipe como a organização da demanda que se apresenta, são resolvidos sem transtornos, ou pela escuta ou pelo atendimento profissional.

Em relação à atenção a **Saúde da Criança**, as ações realizadas de acordo com os protocolos do MS, as consultas e procedimentos estão em 100% das crianças (54) residentes menores de 72 meses. Quanto ao atraso de consultas agendadas em mais de sete dias, o agendamento sempre permanece dentro deste tempo, para isto contamos com as ACS, as técnicas de enfermagem que auxiliam e percebem o bom desenvolvimento desta atividade sem atrasos.

Todas as 54 crianças são encaminhadas ao teste do pezinho até sete dias, pois ao virem na UBS para a consulta já é realizada a coleta da amostra de sangue e encaminhada para a vigilância, onde é enviada ao LACEN em Porto Alegre, sendo feito a avaliação desta amostra e em seguida retorna o resultado ao município. Desta forma estamos prevenindo que uma futura incapacidade da criança possa se desenvolver, com isso, não possuímos na ESF nenhuma das doenças pesquisadas através do Teste do Pezinho, nos últimos cinco anos.

A triagem auditiva tem o aparelho adquirido pelo município, em convênio com o SUS, onde a fonoaudióloga faz o atendimento. Sendo que foi realizado o teste em 100% das crianças, o qual é muito importante para diagnosticar problemas de audição precoce.

O monitoramento do crescimento e desenvolvimento é acompanhado em todas as crianças e em todas as consultas são realizadas as mensurações, esquema vacinal, aleitamento materno e ablactação. O aleitamento materno exclusivo é orientado (desde as 34 semanas de gestação) até os 6 meses de nascimento do bebê. A ablactação é iniciada a partir dos seis meses, onde a equipe utiliza estratégias de palestras, visitas domiciliares para orientação as mães quanto a introdução de novos alimentos, que deverão ser aos poucos e seguindo uma dieta específica para os bebês e conjunto com a médica pediatra.

A avaliação da saúde bucal é realizada também em 100% (54 crianças). As famílias são orientadas em todas as consultas sobre a prevenção de acidentes, tanto dentro como fora do domicílio.

A equipe deve manter sempre estes indicadores em 100% de ações realizadas no cuidado à saúde da criança, visto que é no início que se previne muitas doenças futuras e trazer uma qualidade de vida para eles muito melhor que seus pais tiveram cumprindo os princípios de integralidade, equidade, qualidade, universalidade.

A forma utilizada para o preenchimento dos registros sobre o **pré natal e puerpério** foram muito bem avaliadas, e certamente os registros servirão para ações imediatas e mais precisas para o acompanhamento das gestantes e puérperas, visto que alguns dos registros estão bons, mas outros devem ser monitorados. Em relação ao total de gestantes residentes na área e acompanhada na UBS é de 42 usuárias (62%), não estando muito distante do preconizado pelo Ministério de Saúde (MS).

O número de gestante com o pré natal iniciado no 1º trimestre são de 38 usuárias (90%). As consultas em dia de acordo com o calendário do MS foram 39 gestantes (93%). A solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados foram realizados em 100%. Quanto ao tema vacina antitetânica conforme o protocolo foram vacinadas as 42 gestantes (100%), igual ocorreu com a vacina contra hepatite B conforme protocolo.

Outro ponto positivo foi que as 42 usuárias (100%) tiveram prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo. O exame ginecológico por trimestre foi efetuado em todas as gestantes (100%).

Um ponto negativo que encontramos infelizmente foi que somente 12 (29%) foi feita a avaliação de saúde bucal, onde temos que trabalhar mais. Satisfatoriamente as 42 gestantes tiveram orientação para aleitamento materno exclusivo para os primeiros 6 meses de vida da criança (100%).

Em relação à **prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama**, o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos de idade residentes na área da UBS e acompanhadas para prevenção de Câncer de Colo de Útero são 343 mulheres (28%), cadastradas na UBS encontrando-se distante do número de indicador de cobertura do MS que é de 1214.

Os indicadores de qualidade avaliados mostram que o exame citopatológico para Câncer de colo de útero em dia foi realizado nas 343 mulheres cadastradas na UBS, corresponde a 100% das usuárias cadastradas. Foram cadastrados 871 exames citopatológicos para Câncer de útero com mais de 6 meses de atraso, para 254% deste indicador de qualidade.

Dos exames citopatológicos das 343 mulheres cadastradas, 72 tiveram exame alterado, (21%) desta população, somente duas mulheres foram avaliadas de risco para Câncer de colo de útero constituindo 1%. Todas as 343 mulheres cadastradas foram orientadas sobre a prevenção de Câncer de colo uterino, sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), sendo que os 100% dos exames coletados estão com amostras satisfatórias. Outro indicador de qualidade que alcançou 100% das 343 mulheres foi os exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar.

Os aspectos do processo de trabalho que devem ser melhorados são incentivar o uso de preservativos, evitem a promiscuidade, melhor controle por parte da equipe de saúde em conjunto com as ACS para um cadastramento mais efetivo de todas as mulheres, fundamentalmente, adolescente, grupo da atualidade que está sendo afetada por esta doença.

A equipe de saúde irá aumentar o número de palestras e incentivar grupos de adolescentes e mulheres de idade e fatores de risco, o número de visitas em escolas, fábricas e planejamento nestes lugares de palestras educativas. Haverá acompanhamento de psicólogo, assistente social, ACS, médico e enfermeira, com o apoio da secretaria de saúde municipal.

Em relação ao **Câncer de Mama**, 64% das 298 mulheres que foram cadastradas, isto continua distante do indicador de cobertura do MS que é de 466. Todas as mulheres cadastradas (298) têm mamografia em dia, (100%). Não temos mulheres com mais de 3 meses de atraso, ( 0%).

Na avaliação de risco para Câncer de mama, foram encontradas 10 mulheres (3%), do total de 298 cadastradas. Todas as mulheres (298) receberam orientação sobre a prevenção do Câncer de Mama (100%).

A equipe de saúde deve trabalhar em conjunto para um melhor cadastramento desta faixa etária. Sendo requisito indispensável o controle por parte do médico e coordenação de enfermagem para melhor a prevenção desta doença, incentivar ainda mais o auto-exame de mama, visitar escolas, fábricas para oferecer palestras, Conscientizar as mulheres, família e comunidade que o câncer de mama é uma das primeiras causa de morte no mundo inteiro se não se pratica a prevenção e tratamento oportuno desta doença e aumentar o número de mamografias, garantido assim o acesso ao exame.

Em relação **aos hipertensos** com 20 anos ou mais residente na área é de 402 hipertensos cadastrados (40%), não correspondem à estimativa da cobertura que é de 1008 hipertensos cadastrados. Os indicadores da qualidade mostram que a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizada em 402 usuários hipertensos correspondendo a 100% da população hipertensa cadastrada na UBS.

Dos 402 cadastrados 105 tem atraso de consulta agendada em mais de 7 dias, correspondendo a 26% desta população. Temos 143 com exames complementares periódicos em dia, correspondendo a 36% Na orientação sobre a prática de atividade física regular 100% receberam a orientação, assim como receberam para orientação nutricional de uma alimentação saudável. Em relação à avaliação da saúde bucal em dia, 100 % dos cadastrados tiveram acesso a essa ação.

Os aspectos do processo de trabalho que devem ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção a HAS, referem-se a um melhor cadastramento de toda a população, deve haver mais educadores físicos, assistente social em conjunto com os ACS e com a supervisão da enfermeira e do médico da ESF, ampliar o número de palestras e grupos de ajuda. Para melhorar a cobertura poderia ser utilizado o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) com registros específicos do atendimento, já está sendo superado está deficiência através do prontuário onde permite recorrer sobre o trabalho e controle da morbimortalidade.



Em relação à **atenção dos diabéticos** a estimativa do número de pessoas com 20 anos ou mais residentes na área, acompanhado na UBS, é de 106 diabéticos cadastrados, e a estimativa é de 288, ficando muito longe da realidade.

Em relação aos indicadores de qualidade, 106 (100%) tem realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias foram encontrados 51 usuários(48%). Todos os cadastrados tem exames complementares periódicos em dia, bem como exame físico dos pés nos últimos 3 meses. Os 106 usuários (100%) tiveram acesso a realização da palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses. Sendo também medidas em 100% dos pacientes a sensibilidade dos pés, a orientação sobre alimentação saudável e práticas de exercícios físicos regulares e todos realizaram avaliação de saúde bucal.

Faz-se necessário melhor controle pela parte da enfermeira e ACS para que ocorra o cadastramento adequado dos portadores de diabetes.

No que se refere à atenção à **saúde do idoso** a estimativa do número de idosos residentes na área é de 353 cadastrados (57% de idosos), não corresponde à estimativa de cobertura que é de 616 cadastrados.

A avaliação sobre a cobertura de saúde da pessoa idosa é que se deve ampliar a cobertura da área de abrangência, por meio de um melhor cadastramento desta faixa etária, bem como a garantia de equipe multiprofissional, com acesso a educadores físicos e assistente social, que tem importância no cuidado integral com o idoso. Os indicadores de qualidade da atenção à saúde do idoso avaliada mostram que, a caderneta de saúde da pessoa idosa não está sendo utilizada (0%), sendo uma ferramenta importante para identificação de riscos potenciais para a saúde do idoso. Traz ao profissional da saúde a possibilidade de planejar, organizar as ações de prevenção, promoção e recuperação, da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas equipes de saúde.

Outro indicador no qual os idosos não têm acesso é a realização de avaliação multidimensional rápida (0%), sendo um importante instrumento na

avaliação da pessoa idosa, porque é fácil de realizar pelo clínico geral para identificação de problemas de saúde condicionantes a pessoa idosa. Indica quando necessário à utilização de outros instrumentos mais complexos, devendo ser tomado como complementar e não utilizado de forma mecânica. Pode também ser realizado pelo profissional de saúde habilitado e a investigação de todos os aspectos (familiares, sociais, culturais, afetivos, biológicos) que envolvem a vida da pessoa.

Outro indicador analisado foi o de hipertensão arterial na pessoa idosa, onde foram encontrados 209 idosos (59%) dos 353 cadastrados, isto não corresponde à realidade do indicador de cobertura inicial (616). Isto coincide com o indicador anterior, no qual traz que deve ser trabalhado melhor o cadastramento por parte de toda equipe de saúde.

A diabetes mellitus foi outro indicador de qualidade avaliado, sendo encontrados apenas 66 idosos (19%), sendo que na realidade existem mais diabéticos nesse grupo populacional.

O indicador de risco de morbimortalidade traz o cadastramento de somente 50 idosos (14%). Para aumentar esse indicador devem ocorrer intervenções efetivas, a partir de políticas públicas que estimulem a adesão dos idosos ao cuidado com sua saúde, trabalhando, com medidas preventivas nas faixas etárias correspondentes. A investigação de indicadores de fragilização na velhice não está sendo aplicado. Nesse sentido deve-se investir nas questões relativas às necessidades dos idosos fragilizados e dependentes, do ponto de vista físico, psíquico e social; debater e avaliar as atuais políticas sociais, públicas e privadas, que têm por objeto o amparo à velhice avançada e fragilizada, incentivar a formação de profissionais que atendem idosos frágeis em instituições ou em domicílios, e em outros espaços, e estimular a realização de cursos de formação e apoio para cuidadores informais, estimularem a multiplicação de redes sociais solidárias que efetivamente dêem suporte ao idoso fragilizado e a seus familiares.

No Brasil, as pessoas idosas já superam 18 milhões. São homens e mulheres que precisam ser respeitados e tratados com dignidade. As políticas

públicas têm um grande papel a desempenhar na construção de uma sociedade justa e igual para todos, inclusive para as pessoas idosas. A orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis foi cumprida com os 353 idosos (100%) cadastrados, pois, contamos com nutricionista que forma parte da equipe multidisciplinar, oferecendo orientações oportunas para mudanças de estilo nutricionais pouco saudáveis para o idoso.

Orienta-se atividade física regular a 100% dos idosos cadastrados, correspondendo a 353 idosos. Contamos com uma academia, que apesar de não ter um educador físico, dispõe de palestras com orientações de exercícios físicos pela equipe de saúde. A avaliação bucal está em dia nos 353 (100%) dos cadastrados. Contamos com odontologista, o qual forma parte da equipe multidisciplinar no atendimento aos idosos. Em minha opinião deve trabalhar mais com este grupo populacional, fazendo visitas domiciliares, apoiando-se nos auxiliares de dentista.

Os aspectos de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção aos idosos em minha UBS são: Melhorar o cadastramento dos idosos, porque o numero encontra-se distante da realidade, trabalhar com o complemento da Caderneta de saúde da pessoa idosa, começar a trabalhar com a Avaliação Multidimensional rápida melhorar o acompanhamento dos pacientes, mantendo em dia este atendimento, melhorar avaliação de risco para morbimortalidade, já que a encontrada foi muito baixa, aumentar o número de consultas com a nutricionista na UBS, e proporcionar visitas domiciliares da mesma aos idosos. Necessita-se de um geriatra para melhor acompanhamento deste grupo de pessoas.

Minhas expectativas, com relação ao curso ao chegar na EFS era de incorporar novas experiências, uma oportunidade única de fazer coisas novas ,em beneficio da população, avançar como pessoa. Pensando em não fechar a porta de conhecimento, porque a através do curso existe muitas maneiras para a superação profissional e estar melhor preparada como medica comunitária e levar a Cuba novas experiências médicas

Minha percepção ao chegar na ESF era que a mesma, possuía uma estrutura boa, com localização urbana, capacidade para desenvolver todas as atividades de prevenção, promoção e reabilitação de saúde da população. A ESF conta com academia, onde fazem atividades de prevenção e promoção de saúde mediante (palestras, vídeos educativos, atividades com gestante, hipertensos, diabéticos) equipe de saúde com exceção do médico está completa.

Percebe-se que um dos pontos negativos é a falta de educador físico, sendo um profissional importante para a motivação da atividade física na 3ª idade e desta forma prevenir fatores de risco e HAS, depressão entre outras). A estrutura necessita de reformas como: pinturas, concertos em janelas e arrumar tetos, devido à infiltração de chuvas, o que ocasiona mofo.

O processo de trabalho continua o mesmo de quando cheguei, deve existir melhor cadastramento das famílias, por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), transmissíveis, fatores de risco, deficiências, faixa etária, sexo, grupo étnico. Enfim deve existir uma atualização semestral para manter dados confiáveis, sendo isso uma grande dificuldade para o trabalho comunitário na prevenção e promoção de saúde. Considero que um bom cadastramento facilita um melhor controle das doenças dos usuários e para isso deve existir um sentido de equipe, para desta forma, olhar o usuário de forma integral.

A situação da ESF melhorou no aspecto do atendimento médico, sendo que antes da minha chegada não tinha atendimento fixo na semana, contando agora com um profissional de segunda a sexta. Aumentaram-se as visitas domiciliares, o número de palestras, incrementando a consulta de nutrição, psicóloga, odontologia, seguindo os protocolos do MS. Trabalha-se mais os fatores de risco da comunidade, levando em conta que prevenir é melhor do que curar uma doença muitas vezes irreversíveis para reincorporar o usuário a sociedade.

Eu espero que o trabalho investigativo, sirva para ser uma intervenção oportuna em benefício da comunidade, cumprindo-se assim o protocolo traçado

pelo MS do Brasil, que até este momento não está sendo cumprido em sua totalidade. Eu desejo que minha permanência no Brasil contribua de forma humilde a melhorar os indicadores de saúde, e atuando sobre o modo e estilo de vida, da melhor maneira possível, e levar esta experiência a meu país. Considero que é uma oportunidade única de ampliar conhecimento e de ser um melhor profissional da saúde.

Além disso, existem muitos aspectos que devem ser melhorados, já ressaltados neste relatório. Considero que deve existir mais cursos de capacitações para a equipe, já que muitas vezes por desconhecimentos não se cumprem os programas do MS. Sendo este uma ferramenta importante e fundamental para o profissional de uma equipe de saúde comunitária em benefício dos usuários. Atendendo os princípios fundamentais do SUS.

Outro aspecto negativo que ainda se mantém é a falta de assistente social, profissional que colabora em grande medida com casos disfuncionais, avaliando melhor os casos (etilismo, drogadição, HIV, entre outros) e situação de extrema necessidade econômica, avaliação de criança que precisam de amparo familiar e vulneráveis a violência e abusos sexuais, físico e psicológicos. Que em conjunto com a psicóloga existiria melhor avaliação destes casos, que muitos deles podem ter alguma doença crônica, genética e se desconhece.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

A situação da ESF melhorou no aspecto do atendimento médico, sendo que antes da minha chegada não tinha atendimento fixo na semana, contando agora com um profissional de segunda a sexta. Aumentaram-se as visitas domiciliares, o número de palestras, incrementando a consulta de nutrição, psicóloga, odontologia, seguindo os protocolos do MS. Trabalha-se mais os fatores de risco da comunidade, levando em conta que prevenir é melhor do que curar uma doença muitas vezes irreversíveis para reincorporar o usuários a sociedade.

Além disso, existem muitos aspectos que devem ser melhorados, já ressaltados neste relatório. Considero que deve existir mais cursos de capacitações para a equipe, já que muitas vezes por desconhecimentos não se cumprem os programas do MS. Sendo este uma ferramenta importante e fundamental para o profissional de uma equipe de saúde comunitária em benefício dos usuários. Atendendo os princípios fundamentais do SUS.

Existindo agora melhor cadastramento das famílias por DCNT, trabalhamos na melhor detecção de fatores de risco, melhor atualização de dados confiáveis mantemos melhor controle das doenças de usuários, incentivando o trabalho de equipe dia após dia. Possuindo melhor acessibilidade dos usuários a farmácia com melhor disponibilidade de medicamentos, se criando uma relação estreita com a farmácia popular para facilitar a chegada de medicação para a população.

Além disso estamos trabalhando para colocar a rotina de serviço para facilitar o foco de Intervenção, desejando estender esta intervenção para outros programas da Atenção Primária de Saúde(APS).

Para dar cumprimento a esse sentido, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde de área de abrangência, implicando em conceber como um processo de reforma do sistema de saúde capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral, para nosso foco de intervenção.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1. Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Melitus (DM) são patologias que apresentam possibilidades de associação na ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas doenças num mesmo usuário. São enfermidades que apresentam vários aspectos em comum: resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial fatores de risco, tais como: obesidade, dislipidemia e sedentarismo; hábitos nutricionais. As mudanças propostas são semelhantes para ambas as situações; cronicidade, doenças incuráveis, requerendo acompanhamento eficaz e permanente, as complicações crônicas podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas, geralmente assintomáticas, de difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do usuário, há necessidade de controle rigoroso para evitar complicações e adequado acompanhamento por equipe.

Possuímos uma equipe de saúde composta por: uma recepcionista, uma auxiliar de farmácia, três técnicas de enfermagem, três fisioterapeutas, uma auxiliar de fisioterapia, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, seis Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), uma nutricionista, uma psicóloga, uma enfermeira, um pediatra, um médico clínico geral, uma auxiliar de limpeza e um motorista. Minha área de saúde é uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) com seis micro áreas, sendo um total estimado de 4.512 usuários. A população alvo na área adstrita segundo o Ministério da Saúde (MS) deveria ser de aproximadamente 1008 hipertensos e população alvo atendida atualmente pela ESF são de 394 cadastrados. Os diabéticos atendidos são 100 e a estimativa do MS seriam 288 usuários, ficando ainda longe da realidade. Em relação à qualidade da atenção à saúde, até o momento é boa, trabalha-se com a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, temos exames complementares periódicos em dia. Existe orientação sobre a prática de atividade física regular, assim como recebem orientação nutricional de uma alimentação saudável. Em relação à avaliação da saúde bucal em dia, todos os usuários têm acesso a esse serviço.

Para manter e ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos pretendemos melhorar a adesão do usuário ao programa, aprimorar a

qualidade do atendimento, aperfeiçoar o cadastramento, trabalhar com os usuários de risco para doença cardiovascular, promovendo a saúde deste grupo da população. Outra meta a ser trabalhada é trabalhar com o **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)**, seguindo o protocolo do MS. Portanto, acho que devem ser estabelecidas metas mensais para organizar o trabalho do quadrimestre. Nesse período pretendemos realizar capacitações para toda a equipe de saúde, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tendo em conta os protocolos municipais de hipertensão e diabetes. Vamos intensificar a busca ativa dos faltosos quando necessário, realizar consultas médicas em conjunto com odontólogo, nutricionista, psicóloga, além de visitas domiciliares, para práticas saudáveis de alimentação e exercício físico, aumentar o número de palestras sobre o tabagismo, planejamento familiar, uso de medicações sem orientações. Pretendemos garantir aos 100% dos usuários do serviço de saúde a realização dos exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, iremos priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para os cadastrados na ESF.

O grau de implementação da ação programática depende de toda a equipe, porque de nós depende o grau da atenção para estes usuários para fazer uma ação educativa e sistemática dessas doenças. Nesse sentido contamos com uma equipe comprometida, o que colabora para que os objetivos sejam atendidos. As dificuldades são o número de cadastramentos, pois estamos distantes dos números da cobertura do MS, sendo necessário para esta intervenção melhor capacitação da equipe em geral e fundamentalmente das ACS. Outra dificuldade é que no momento não contamos com um educador físico, este é essencial para auxiliar na motivação de atividades físicas, controle de peso corporal, atuando de forma positiva no controle de fatores de risco, incentivando a população idosa e a comunidade em geral. Outra dificuldade é na realização de exames complementares de acordo com o protocolo, já que os números são insuficientes. A falta e irregularidade de medicamentos também é um fator que dificulta o serviço. Surge diante de toda essa dificuldade a necessidade de encontrar uma melhoria da atenção à nossa comunidade fundamentalmente a um foco de



intervenção específico de hipertensos e diabéticos para melhorar a qualidade de atenção a este grupo populacional, para dar cumprimento a esse sentido, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde de área de abrangência, implicando em conceber como um processo de reforma do sistema de saúde capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral, para nosso foco de intervenção.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Qualificar as ações referentes à Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) São Paulo, no município de Tapejara/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a participação de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover saúde em hipertensos e diabéticos.

### **Metas**

**Objetivo 1** : Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

**Meta1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da ESF.

**Meta 1.2** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade na atenção a hipertensos e diabéticos

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos cadastrados.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos cadastrados.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos cadastrados.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos cadastrados.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos cadastrados.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos cadastrados.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Bairro São Paulo, no Município de Tapejara situado no estado do Rio Grande do Sul (RS).

### **Ações**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1- Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Monitoramento e avaliação: As ACS irão monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM (HIPERDIA) através do rastreamento ativo da população.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa Melhorar o acolhimento e o atendimento clínico para os portadores das doenças HAS e DM. Garantir material adequado para a tomada da medida de PA e glicose (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica e glucômetro). Isto será de responsabilidade dos profissionais da equipe, ACS, enfermeira, médica, odontólogo e outros envolvidos no cuidado contínuo e integral do usuário.

Engajamento público: Informar a população sobre a o Programa de Atenção e fatores de risco e complicações da HAS e DM. Informar sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos (anualmente). Orientar sobre a importância do rastreamento para DM e HAS em aqueles usuários que tenham antecedentes familiares destas doenças. Esta ação será desenvolvida pela médica responsável pela intervenção, juntamente com as ACS, ligadas diretamente a população, através das visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários de toda área da ESF e capacitar a equipe geral para melhor controle destes usuários. Quem auxiliará para esta ação ser desenvolvida é a médica, através das reuniões de equipe, orientará os membros da ESF.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 2.2. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia.

Meta 2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% os cadastrados na ESF.

Meta 2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado aos usuários, número de usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com protocolo adotado na ESF e periodicidade recomendada. Acompanhamento ao acesso dos medicamentos da Farmácia Popular em conjunto com toda a equipe da ESF diariamente.

Organização e gestão do serviço: A médica da equipe irá capacitar os profissionais de acordo com os protocolos adotados. Aumentar as solicitações dos exames complementares e aumentar o acesso as consultas odontológicas. Será conversado com a coordenação da saúde do município e se permitido realizado estes aumentos.

Engajamento público: Contatar com os líderes comunitários para falar sobre a importância da ação programática dos usuários hipertensos e diabéticos, solicitando apoio para a captação dos mesmos e para as demais estratégias implementadas. Orientar os usuários e a comunidade em relação aos riscos de doenças cardiovasculares, quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os usuários sobre os direitos de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. A médica da ESF se responsabilizará a treinar a equipe, principalmente as ACS, e quando possível e acessível a todos, realizar uma palestra na ESF para a população deste agravo, já informadas pelas ACS da intervenção.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, realizar atualização do profissional sobre o tratamento de HAS e DM, orientar a equipe para esclarecer os usuários as alternativas de como obter os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Isto será realizado na primeira semana e sempre que necessário, pela médica e enfermeira da ESF.

Objetivo 3. Melhorar a participação de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na ESF conforme a periodicidade recomendada, isto será realizado pelas ACS diariamente.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). A médica e enfermeira revisarão as fichas A semanalmente, para melhor acompanhamento das consultas e busca de faltosos.

Organização e gestão do serviço: Adequar e aumentar, visitas domiciliares, para buscar os faltosos. Quando revisadas as fichas A e identificados faltosos pela médica e enfermeira, será comunicado as ACS e estas irão fazer a busca ativa, em casos que estas realizarem as visitas e usuários não puderem comparecer a ESF, a médica ou e enfermeira farão a visita complementar.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre a importância da assistência das consultas. Será realizado principalmente pelas ACS, devido ao acesso que estas têm a população e se possível será realizado uma palestra para a população vulnerável a este agravo.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, a capacitação será realizada pela médica da ESF.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos hipertensos cadastrados na ESF, realizado pela médica, ACS e enfermeira, diariamente.

Monitoramento e avaliação: A equipe será informada da importância no monitoramento da qualidade dos registros dos usuários acompanhados na ESF, pelo registro do HIPERDIA e da SMS, estes deverão ser responsáveis por todas as informações dos usuários.

Organização e gestão do serviço: Pactuar com a equipe o registro das informações, principalmente enfermeira e ACS. Possibilitar o acompanhamento de atrasos na realização de consulta e realização de exame complementar.

Engajamento público: As ACS e profissionais deverão orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso aos encaminhamentos oportunos, através das visitas domiciliares e consultas.

Qualificação da prática clínica: A médica irá capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários, mantendo registros adequados dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5. Mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos cadastrados, realizado pela consulta médica diariamente e visitas domiciliares semanais.

Monitoramento e avaliação: A médica irá monitorar o número de usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco, através das consultas a cada três meses.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados com risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Realizado pela médica e enfermeira, juntamente com a recepcionista (secretaria) da ESF.

Engajamento público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e do adequado controle de fatores de risco modificáveis, toda equipe será responsável pelas orientações de saúde.

Qualificação da prática clínica: A médica irá capacitar a equipe para a importância do registro das avaliações e conhecimento para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover saúde em hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos cadastrados.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários. Realizado por toda a equipe diariamente.

Monitoramento e avaliação: A médica, juntamente com enfermeira e odontólogo realizarão monitoramento da atividade física regular e conhecimento dos fatores de riscos (tabagismo, higiene bucal, alcoolismo, obesidade e alimentação por deficit ou excesso).

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividade física, junto com a equipe e o patrocínio da SMS.

Engajamento público: Todos os membros da equipe serão informados pela médica a orientar usuários e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular, tabagistas e sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica: A médica nos treinamentos, realizados nas reuniões irá capacitar a equipe da ESF sobre práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular, sobre o tratamento de pacientes tabagistas e sobre orientações de higiene bucal.

### **2.3.2 Indicadores**



**Meta 1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2:** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 3:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 3:** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 4:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 5:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 6:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 7:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 7:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 8:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 8:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 9:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 10:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 10:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 11:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 11:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 12:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 12:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 13:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento

**Indicador 13:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 14:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 14:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 15:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 15:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 16:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 16:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 17:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 17:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 18**: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 18**: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 19**: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 19**: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 20**: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 20**: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 21:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 21:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 22:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 22:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 23:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 23:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 24:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 24:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Será adotado cópias do Caderno de Atenção Básica, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus, do MS e o Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica, disponibilizados pela SMS, no qual será explicado e discutido semanalmente nas reuniões de equipe, onde participam secretário da saúde e coordenadora municipal da saúde. Utilizaremos para o registro específico uma ficha espelho individual já impressa pela SMS e sendo utilizada atualmente, para cada ação programática na qual pretendemos intervir nos usuários hipertensos e diabéticos, para isto, teremos disponíveis os seguintes instrumentos: contamos com uma informatização digital (prontuário eletrônico), ferramenta que se podem extrair os dados deste usuário. O prontuário dispõe de exame ginecológico em sua totalidade, acompanhamento de saúde bucal e também o controle vacinal e assistência a consulta para o controle da doença de base. Desta forma, podemos coletar os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizado a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar nosso registro específico do programa e monitoramento da ação programática a enfermeira junto aos outros integrantes da equipe (ACS) revisará o livro de registro específico para diabéticos e hipertensos que vieram ao serviço nos últimos três meses. Ao mesmo tempo realizaremos monitoramento das consultas em atraso, exames clínicos, laboratoriais e vacinas em atraso.

Para monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção HIPERDIA, contamos com as ACS as quais manterão atualizadas as planilhas espelhos diariamente. Para isto serão solicitadas



realizações de capacitações pela SMS e pela ESF as ACS para o cadastramento de usuários de toda área e capacitar a equipe geral para melhor controle destes usuários. Será solicitada a SMS materiais sobre o assunto, prevenção, promoção de saúde e todos os aspectos (vacinas, preventivos de colo, mamografias, saúde bucal, controle de consultas, nutrição) e também capacitação a toda equipe para manejar as intercorrências mais prevalentes relacionados aos pacientes hipertensos e diabéticos a partir de 18 anos de idade. Esta capacitação ocorrerá na própria ESF para qual serão disponibilizados 2 horas mensais que podem ser divididas ao final das reuniões semanais.

Para viabilizar a ação do acolhimento na ESF serão realizados pela técnica de enfermagem atendimentos aos usuários com problemas agudos, estes serão atendidos no mesmo turno se apresentarem intercorrências destas doenças, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis de pronto atendimento.

Para sensibilizar a comunidade informaremos a população sobre a o Programa de Atenção e fatores de risco e complicações da HAS e DM, sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos (anualmente), orientar sobre a importância do rastreamento em aqueles usuários que tenham antecedentes familiares destas doenças. Orientar os pacientes e a comunidade em relação aos riscos de doenças cardiovasculares, quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os usuários sobre os direitos de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, isto tudo será realizado através de uma palestra mensal (temas a tratar: nutrição, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade, entre outras) em nossa academia, visitas domiciliares e na consulta. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação destes usuários e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização de atendimento deste grupo populacional.

Para o monitoramento da ação programática, ao final de cada mês as informações serão coletadas na ficha espelho e também serão consolidadas na ficha eletrônica.







### **3. Relatório de Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas**

Conseguimos seguir o cronograma, tivemos alguns atrasos, nos quais foram adaptados conforme o estabelecido no Projeto de Intervenção.

Realizamos desde o início da intervenção a capacitação dos profissionais das equipes de acordo com o protocolo de Hipertensão e Diabetes pelo MS. Iniciamos o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos da comunidade São Paulo, foram realizadas busca dos líderes comunitários para falar sobre a importância do projeto de intervenção na área de saúde, para junto com eles ter maior acesso de comunicação na comunidade.

Realizamos atendimento clínico se implantou novamente o grupo de HIPERDIA. A equipe acompanhou atenciosamente, consultas clínicas, exames laboratoriais, investigando fatores de risco conforme programa de HIPERDIA, se trabalhou junto com a farmácia popular para melhor controle dos medicamentos destes pacientes. Foram garantidos, material adequado para a tomada da medida da PA e da glicose (esfigmomanômetros e glucometros) pela Secretaria Municipal de Saúde.

O desafio inicial foi à atualização dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados.

Continuamos trabalhando no preenchimento da ficha espelho para cada usuário cadastrado e começamos imediatamente a trabalhar na consulta junto ao prontuário eletrônico da ESF recentemente instalado neste período. Uma das minhas preocupações era em relação ao atraso que poderia ocorrer entre uma consulta e outra, já que era preciso preencher a ficha espelho e ao prontuário. Muitos usuários não entendiam esta forma de consulta, mas eles não consideram a demora/atraso na consulta. Esta situação foi melhorada juntamente com o prontuário, no princípio foi um pouco lento e agora já é bem fácil e a população gosta deste sistema.

A equipe trabalhou fortemente para a atualização do cadastramento destes usuários para fazer continuidade no cronograma e as programações realizadas a cada semana. Realizamos um trabalho juntamente com a equipe de saúde da UBS, pedindo a cada integrante que falasse de sua experiência pessoal no foco de Intervenção, desta forma descrever as deficiências e êxitos de cada integrante em relação ao nosso trabalho.

Uma experiência muito agradável foi ter conhecido um líder comunitário, pastor de uma igreja evangélica, o qual facilitou a divulgação de nossa Intervenção, desta forma a comunidade teve maior conhecimento ajudando ao cadastramento e na busca dos faltosos.

Apresentamos algumas dificuldades para dar cumprimento ao cronograma previsto, o primeiro obstáculo foi que não estava fazendo direito a Planilha de Coleta de Dados e tirei dúvidas com minha orientadora, onde foi muito importante.

Outra dificuldade que encontrei foi de começar com o número de atendimento clínico muito pequeno, pois a equipe ainda neste período não estava convencida do Foco de Intervenção, para eles foi trabalhoso por não terem conhecimento do sentido da equipe. Esta situação foi melhorada pouco a pouco; através das reuniões de equipe semanais, e a capacitação dos integrantes da UBS.

Começamos pela capacitação das ACS, escala fundamental em qualquer foco de Intervenção, onde dedicamos 20 minutos da reunião semanal para sua capacitação. Resultado que foram muito positivo na busca ativa de faltosos, dentro das experiências que as ACS falam que conseguiram ser úteis para a comunidade com muito mais preparação científica e técnica através de conversas educativas para a comunidade onde demonstravam a importância do foco de Intervenção, de acordo com os princípios do Ministério de saúde.

Em nossos atendimentos clínicos seguimos o cronograma sugerindo atividade física, acompanhamento odontológico e nutricional, indicando exames laboratoriais para controle destas doenças.

Continuamos arduamente o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, informamos a população sobre o Programa de Atenção e fatores de risco e complicações da HAS e DM; também sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos. Orientamos sobre a importância do rastreamento para DM e HAS em aqueles usuários que tenham antecedentes familiares destas doenças, continuamos melhorando a participação de hipertenso e diabético no programa.

Potencializamos de forma árdua a estratificação de risco cardiovascular em cada paciente atendido clinicamente, através dos exames laboratoriais e encaminhamento adequado para cardiologista, sendo que no município não possuímos esta especialidade pelo SUS, sendo necessária a deslocação para outro município, distante cerca de 50 km.

Chegando na quarta semana foi ainda mais legal, pois encontrei mais compreensão da equipe no sufoco da intervenção e melhor compreensão dos pacientes apesar da grande demanda que a minha UBS apresenta, continuamos esforçando no nosso trabalho para alcançar o êxito da mesma.

Trabalhos com faltosos, infelizmente alguns dependentes alcoólatras, podendo realizar trabalho em conjunto acontecendo um melhor atendimento clínico, encaminhando estes pacientes para o CAPS municipal, e melhor controle das doenças, a psicóloga trabalhou arduamente com eles, na atualidade dois deles estão inseridos na comunidade, trabalhando como pedreiros, e mantém suas consultas no CAPS do município. Tendo em vista que trabalham conjunto fazendo uma melhor ação de saúde sobre estes pacientes carentes.

Realizamos um trabalho unido junto à psicóloga, para um atendimento clínico adequado, já que muitos pacientes descontrolados apresentam algum tipo de dependência química ou alcoolismo, se trabalhou também a faixa etária de 30- 50 anos onde acontecia o problema acima descrito, trabalhamos na compreensão da necessidade de presenciar palestras, assistência a consulta com nutricionista e controle odontológico sobre tudo em pacientes diabéticos; isto tudo faz parte de um atendimento clínico, adequado e de excelência.

Contamos para isto com a ajuda de CAPS, psiquiatra municipal e assistência social.

Entre os casos discutidos semanalmente entre a equipe, tivemos um que se destacou, um senhor de 84 anos que foi encaminhado da UBS para o Hospital do Município, com uma possível insuficiência cardíaca pelo descontrole da pressão arterial. Sendo uma experiência desagradável dando conta que nossa maior preocupação é prevenção desta doença. Foi discutido e analisado o caso na reunião de equipe, onde chegamos a conclusão que devemos prestar mais atenção nesta família, pois é um casal sozinho, filhos moram longe (Piauí), comunicamos o caso para Assistente Social, e através dela comunicar aos filhos, presença indispensável deles para o seu controle.

Dentro das experiências agradáveis destaca-se o como somos bem recebidos nas visitas domiciliares, muitos pacientes comentavam que era a primeira vez que recebiam visita domiciliar (médico e enfermeira), ficando muito felizes. Aproveitamos em cada visita domiciliar para falar de uma dieta saudável, a prática de atividade física, e realizar uma bateria de exames pelo menos duas vezes ao ano. E atuar no modo e estilo de vida sempre que possível.

No restante do período de intervenção, continuamos realizando atividades da rotina diária de acordo com o cronograma, trabalhamos a capacitação do profissional sobre o protocolo de HAS e DM de acordo com o Ministério de Saúde do Brasil, estabelecendo o papel de cada Profissional de equipe, nas ações programáticas do foco de intervenção.

Continuamos aumentando o número de atendimento clínico e visitas domiciliares. Para melhor preenchimento de nosso trabalho, conhecemos melhor a área de abrangência, continuamos a capacitação das ACS, nas reuniões semanais de equipe onde informo como estamos evoluindo no foco de intervenção, informo ao dentista nome dos pacientes que necessitam atendimento odontológico (pacientes já avaliados clinicamente). Seguimos com o cadastramento através da consulta de todos HAS e DM na área restrita ao programa, os líderes comunitários se encontram entusiasmados por estarem inclusos em nosso programa para falar da importância do programa de



hipertensos e diabéticos, 2 destes líderes maiores de 70 anos, encontram-se muito entusiasmados pois se sentem úteis diante da comunidade.

Uma das minhas preocupações é como fazer gerar ações de saúde a todas aquelas pessoas, que sofrem desta patologia que muitos deles são trabalhadores e uma grande maioria são mulheres, mães responsáveis por famílias, durante a visita domiciliar a paciente demonstrou muito agradecimento, onde se sentiu contente com o atendimento domiciliar, para ela falamos sobre a importância de realizar atividade física, fazer uma dieta saudável, consumindo uma menor quantidade de sal nas refeições, evitar tabagismo, e cumprir com tratamento indicado.

Trabalhamos também para fazer um melhor acolhimento e atendimento destes usuários de acordo com o protocolo, na reorganização de grupo de Hipertensão, aumentando acesso dos medicamentos da UBS, garantindo material adequado para seguimento dos diabéticos e hipertensos.

Uma deficiência que encontramos entre as primeiras 8 a 9 semanas do foco de intervenção, foram os poucos atendimentos realizados, realizamos assim um replantamento para aumentar o número de consultas e visitas domiciliares. Neste replantamento, agendamos consultas de idosos nas tardes de terça-feira, na UBS, desta forma aumentamos consideravelmente o número de pacientes.

Esta intervenção foi implantada pela qualificação de atendimento sistemático de organização e gestão de serviço, monitoramento, avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Tendo em conta esses quatro eixos, a equipe trabalha de acordo com o planejado. Os líderes comunitários se encontram entusiasmados ajudando no nosso trabalho diário, junto com as agentes comunitárias de saúde que trabalham de guia para eles.

Dando complemento a um dos eixos de nosso foco de intervenção (organização e gestão de nossos serviços), melhorando desta forma o acolhimento e atendimento clínico deste paciente de acordo com o protocolo. Continuamos trabalhando no monitoramento de intervenção mediante as consultas clínicas, exames clínicos e laboratoriais, trabalhando também os

fatores de risco, e no processo de reorganização do programa de Hiperdia, precisamos neste período trabalhar e melhorar nos acessos de medicamento da farmácia.

### **3.2 Ações previstas no projeto e não desenvolvidas**

As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas infelizmente foram que 85 pacientes de nossa população alvo não foram atendidas no nosso foco de intervenção, os motivos fundamentais de terem ficado fora de nossa contagem foram:

- Fora da área de atuação (mudança de endereço), sendo 21 pacientes;
- 4 falecidos maiores de 85 anos (acamamento prolongado, infarto do miocárdio, insuficiência respiratória);
- 33 pacientes trabalham em firmas fora do município, (vendedores, caminhoneiros);
- E restante destes pacientes sendo 27, deles 13 mulheres que trabalham como faxineiras e babás em casas de famílias que impossibilita a consulta;
- 14 pacientes, dentre estas 3 ficam neste momento para grupo de gestantes, 11 restantes homens trabalhadores em fazendas do interior do município, dificultando a assistência deles a consulta.

Além disso, continuamos trabalhando no resto do programa de atenção básica de saúde, tendo como exemplos, gestantes, crianças, atenção à mulher, vacinas e podemos incorporar felizmente a rotina de trabalho nosso foco de intervenção, para melhor atendimento de todos os usuários da comunidade.

Um aspecto para melhorarmos na rotina do serviço, e aumento de numero de consulta de especialidades dentro do município, pelo SUS, exemplo desta angiologia, cardiologia, psiquiatria, e outros.

Precisamos ressaltar também esforço da equipe e colaboração incondicional da Secretaria de Saúde (secretario municipal de saúde); para o andamento de nosso trabalho.

Uma dificuldade que encontramos foram o mês que estive em férias, o qual atrapalhou no projeto, porem não foi uma dificuldade extrema para dar cumprimento ao cronograma. Na atualidade continuamos com as palestras, saúde bucal e nutricional para usuários diabéticos e hipertensos.

Chegando ao final sinto que foi uma experiência agradável, pois me sinto melhor preparada como médica aprendi através dos casos clínicos apresentado em cada tarefa coisas importantes que nos ajudam no dia-a-dia, considero que o foco de intervenção pode estender um pouco mais, no meu caso em particular, para dar atendimento a 100% desta população que tanto necessita da atenção médica.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Na coleta de dados, encontramos dificuldades no inicio, pois muitos pacientes não possuíam cadastro completo, pois houve divisão de população em duas Unidades de Saúde, ocasionando um descontrole no cadastramento da comunidade. Após iniciado o foco de intervenção, as AGS fizeram um trabalho árduo para entregar o numero correto de comunidade para trabalhar fundamentalmente aos usuários hipertensos e diabéticos objetivo principal de nosso foco de intervenção, com esta organização facilitou a sistematização da coleta de dados pois já possuíamos nossa área de abrangência, melhorando a atenção destes usuários.

As planilhas foram confeccionada através da ficha espelho entregue a cada uma das AGS para trabalharem em sua micro área, áreas bem delimitadas, estes dados foram colocados na planilha de coleta de dados, tendo em conta todos os objetivos que integram a planilha.

Com esta planilha se trabalhou nas consultas dia após dia, interagindo com os pacientes durante uma semana, onde se colocava os dados na planilha; o número de hipertensos e diabéticos atendidos durante 7 dias.

No princípio nosso foco de intervenção, a dificuldade mais relevante foi que a comunidade não conhecia o trabalho investigativo.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Para a incorporação das ações de rotina em nosso serviço num princípio fizemos um trabalho intenso, pois a equipe não compreendia a importância do foco de intervenção, a partir de reuniões semanais, fomos explicando a relevância deste trabalho, sendo a equipe a escala fundamental para o cumprimento das metas e objetivos previstos.

Começamos com a capacitação das ACS para divulgação do foco de intervenção, desta forma foi incorporado o resto dos integrantes (psicólogos, odontólogos, fisioterapeuta, nutricionista e outros) todos muito importante para darmos continuidade a nossa intervenção. A farmácia foi organizada, para que os usuários tivessem organização na entrega de medicamentos, aumentando a administração de seus medicamentos, aumentando a coordenação entre a farmácia da ESF e farmácia popular, para termos uma melhor acessibilidade.

Aumentamos o número de consultas e visitas domiciliares, melhorando desta forma o atendimento clínico para hipertensos e diabéticos. Porém não deixamos de atender com atenção aos demais programas de atenção (atenção a criança, programa da mulher, e outros).

Para chegar aos resultados alcançados contei com o apoio da SMS e equipe, onde pouco a pouco entendemos que nosso foco de intervenção faz parte da rotina de saúde, aumentando sua viabilidade

## **4. Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da qualificação da atenção de saúde programa de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na população maiores de anos, e na área restrita à UBS, Bairro São Paulo pertencente ao município de Tapejara estado RS, fiz um cadastramento de 418 usuários, sendo que foram feitas ações programáticas em 394, deles 305 hipertensos e 89 diabéticos, sendo 85 usuários ficaram sem ações previamente justificadas.

Quando começamos a intervenção o atendimento era regular porque não existia um médico fixo, minha comunidade levou mais ou menos um ano sem um atendimento clínico fixo. Não existia o cadastramento adequado da população, não existia o programa HIPERDIA, não coincidia a quantidade de fichas existentes, com a quantidade de pacientes diabéticos e hipertensos, existia irregularidades no acolhimento do paciente pela recepcionista, havia dificuldades de comunicação com a coordenadora da UBS anterior e resto da equipe, junto com isto a situação, a farmácia também tinha dificuldades.

Para melhorar a qualidade da atenção á saúde, traçamos diferentes objetivos e metas para medir melhor, os quais descreveremos a seguir, gráficos.

### **Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabete Mellitus da UBS.

**Indicador:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

No 1º mês da intervenção atingimos 5,7% de cobertura, com o total de hipertensos de 39 hipertensos cadastrados, No 2º mês cadastramos 83 hipertensos ou seja 12,1%, no 3º mês 113 hipertensos foram cadastrados(16,5%) e no 4º mês atingimos 44,5% totalizando 305 usuários hipertensos.. Acredito que este resultado foi consequência de que no princípio da intervenção a equipe não estava convencida do trabalho a realizar, logo com a organização por meio de reuniões de equipe semanais e da capacitação profissional da equipe foi melhorando os resultados. Além disso considero que estes indicadores podiam ser melhores, demonstrando que

ainda temos que fazer, trabalhar mais em equipe. A equipe se propôs a investir na capacitação das ACS com ações de educação permanente no serviço. ,

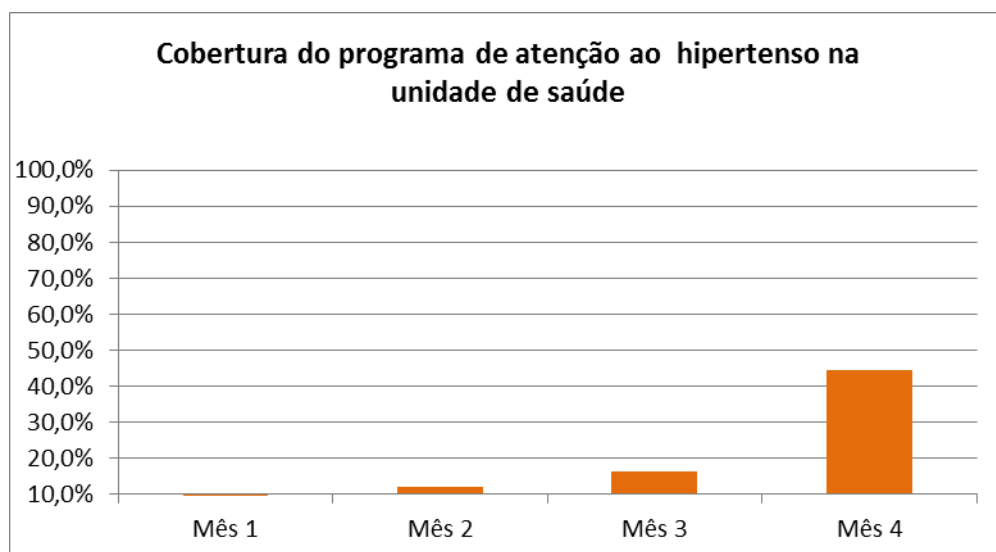


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde UBS, Bairro São Paulo, Tapejara, RS

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel, 2015

### **Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a diabéticos

**Meta 1.2:** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de à Diabete Mellitus da UBS.

**Indicador:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

A cada mês que se investiu no cadastramento dos diabéticos na medida que no primeiro mês começamos com 6,5% e terminamos a intervenção com 52,7% para um total de 89 usuários dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 11 usuários (6,5%), no 2º mês 38 usuários (22,5%), no 3º mês 44 usuários (26,0%) e no 4º mês 89 usuários (52,7%). Os aspectos que colaboraram para chegar nestes indicadores foi o cadastramento pelas ACS em existência neste momento, consideramos que este índice de cobertura foi baixo, a pesar de todas as ações de saúde feitas ainda temos que trabalhar mais para alcançar melhores resultados.

Não atingimos a meta que era de 80% por aspectos negativos que influenciaram nesses resultados, tais como não existiam programas de hipertensão, mal cadastramento da população, mal seguimento clínico pela falta de médicos 40h semanais desta forma não podemos dar complemento a nenhum tipo da atenção básica de saúde.

Neste momento a equipe se encontra trabalhando arduamente para melhorar este indicador muito importante através ações de saúde que permitam melhorar nosso trabalho.

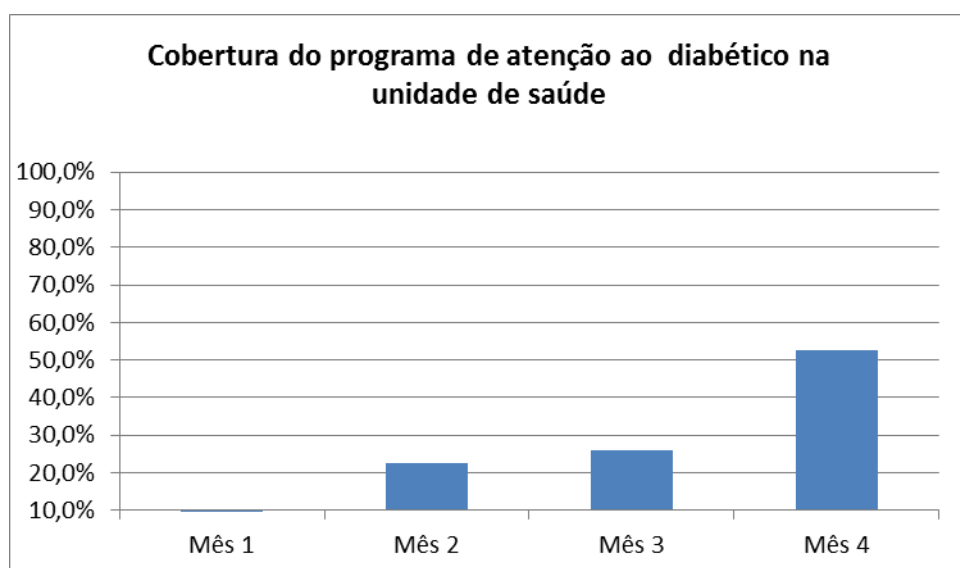


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde UBS, Bairro São Paulo, Tapejara, RS

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel, 2015

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos na UBS Bairro São

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos na UBS Bairro São Paulo

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

As metas acima demonstradas, exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos, sendo alcançado o objetivo, pois 305 atendidos para 305 cadastrados na UBS, onde garante a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia, sendo alcançado também pois dos 89 cadastrados, os mesmos foram atendidos. Para pacientes idosos foi melhor atendimento clínico.

A cada mês que se investiu na realização de exames, na medida que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a intervenção com 100% para um total de 89 usuários dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 11 usuários (100%), no 2º mês 38 usuários (100%), no 3º mês 44 usuários (100%) e no 4º mês 89 usuários 100%).

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos na UBS Bairro São Paulo

**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Para dar cumprimento a este objetivo se transloucou o laboratório, juntamente com convênios entre Secretaria de Saúde e Hospital local, para melhor atender os pacientes, e ter os resultados mais breve possível, onde os pacientes incapacitados de translocação, são realizados as coletas a domicilio, e restante dos pacientes em cada UBS de saúde, sendo uma boa satisfação por parte da comunidade.

Para cumprir com esse requisito fez necessária a adição do esforço de todos os envolvidos tendo como estratégia fundamental, o acompanhamento até os lugares de mais difícil acesso desta forma realizamos ao cem por cento dos usuários cadastrados exames complementares aos usuários de nossa intervenção receberam o serviço do laboratório.

A cada mês que se investiu na realização de exames dos hipertensos na medida que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a



intervenção com 100% para um total de 305 usuários dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 39 usuários (100%), no 2º mês 83 usuários (100%), no 3º mês 113 usuários (100%) e no 4º mês 305 usuários (100%).

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos na UBS Bairro São Paulo

**Meta 2.4.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Para dar complemento na proporção de diabéticos e hipertensos com exames laboratoriais em dia de acordo com o protocolo fizemos as seguintes ações em saúde, aumentamos o número de consultas, de visitas domiciliar, divulgação do projeto através das agentes comunitárias de saúde, a secretaria de saúde proporcionou um número maior de exames laboratoriais para fazer melhor segmento clínico e farmacológico destes pacientes, foi realizado exames laboratoriais a domicilio a todos os usuário incapacitados e desta forma demos complemento a este indicador onde os resultados foram de 100% de todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados em toda a área de atenção.

A cada mês que se investiu na realização de exames complementares dos diabéticos na medida que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a intervenção com 100% para um total de 89 usuários dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 11 usuários (100%), no 2º mês 38 usuários (100%), no 3º mês 44 usuários (100%) e no 4º mês 89 usuários (100%).

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos na UBS Bairro São Paulo

**Meta 2.5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

A cada mês que se investiu na priorização de medicamentos da farmácia popular dos hipertensos na medida que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a intervenção com 100% para um total de 305 usuários dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 39 usuários (100%), no 2º mês 83 usuários (100%), no 3º mês 113 usuários (100%) e no 4º mês 305 usuários (100%).

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos diabéticos na UBS Bairro São Paulo

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da FP/Hiperdia priorizada

Referente a priorização para prescrição de medicamentos da farmácia popular para os cadastrados na ESF, foram alcançadas as metas pois tanto hipertensos(305) e diabéticos(89), receberam prescrições médicas conforme suas necessidades, onde foram realizadas um melhor abastecimento de medicamentos na farmácia, com um histórico dos medicamentos, para melhor controle dos medicamentos para o alcance da comunidade, fundamentalmente de todos os usuários com doenças crônicas não transmissíveis, resultado este, muito positivo para nosso foco de intervenção de diabéticos e hipertensos. Houve também melhor capacitação para profissional da farmácia. Este indicador foi alcançado apareceu um recurso humano capacitado para trabalhar em farmácia fazendo uma supervisão a este departamento tendo melhor controle dos medicamentos em falta e priorizando sua reposição. Tivemos dificuldades com a metformina que foi superado fazendo uma reajuste

com a farmácia popular e nossos usuários tiveram acesso e nunca faltou tratamento para este grupo populacional. Os outros medicamento tanto para hipertensos e diabéticos sempre tiveram em existência.

A cada mês que se investiu na priorização de medicamentos da farmácia popular dos diabéticos e hipertensos na medida que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a intervenção com 100% para um total de 89 usuários dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 11 usuários (100%), no 2º mês 38 usuários (100%), no 3º mês 44 usuários (100%) e no 4º mês 89 usuários (100%).

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos na UBS Bairro São Paulo

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

A cada mês que se investiu na priorização de medicamentos da farmácia popular dos hipertensos na medida que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a intervenção com 100% para um total de 305 usuários dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 39 usuários (100%), no 2º mês 83 usuários (100%), no 3º mês 113 usuários (100%) e no 4º mês 305 usuários (100%).

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção aos diabéticos na UBS Bairro São Paulo

**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

No quesito da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, foram atendidos ao total de hipertensos e diabéticos 394 pacientes, deles 305 hipertensos e 89 diabéticos, atendendo a meta prevista de 100%. Foram realizados trabalhos em conjunto com o odontólogos através das palestras, visitas domiciliares, juntamente com reserva de um turno para acesso facilitado dos usuário hipertensão e diabéticos ao atendimento odontológico assim dando cumprimento a esta meta de acordo com o protocolo de Ministério de Saúde. As agentes comunitárias de saúde fizeram um trabalho árduo mediante a divulgação de foco de intervenção e da importância de um atendimento odontológico oportuno para evitar futuras complicações em diabéticos. A comunidade se sentiu muito agradecida com este serviço e implementação do programa de Hiperdia, juntamente com o odontólogo e outros membros da equipe.

A cada mês que se investiu na priorização de atendimento odontologo na medida que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a intervenção com 100% para um total de 89 usuários dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 11usuários (100%), no 2º mês 38 usuários (100%), no 3º mês 44 usuários (100%) e no 4º mês 89 usuários (100%).

Outro aspecto positivo para dar comprimento a este indicador e chegar a meta alcançada foi a coordenação de ambas consultas, em que os pacientes diabéticos eram avaliados na consulta clínica e no mesmo dia eram avaliados do ponto de vista odontológico, proporcionando assim melhor acolhimento e engajamento para usuários e foi muito aceito pela comunidade esta avaliação também foi feita para usuários hipertensos fazendo prioridade a usuários diabéticos tendo em conta as complicações que podem desencadear um foco séptico na boca. Isto proporcionou prevenção e profilaxia da saúde bucal em nosso foco de intervenção.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos ao programa na UBS Bairro São Paulo

**Meta 3.1.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

A cada mês que se investiu na busca ativa de faltoso dos hipertensos na medida que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a intervenção com 0% para um total de 305 usuários dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 4 usuários (100%), no 2º mês 4 usuários (100%), no 3º mês nenhum usuário (0%) e no 4º mês também nenhum usuário (0%).

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de diabéticos ao programa na UBS São Paulo

**Meta 3.2.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Em relação a proporção de hipertensos e diabéticos faltosos infelizmente nos dois primeiros meses de intervenção, apresentamos faltosos para diabético foram 1, e para hipertensos 4 faltosos, estas faltas aconteceram por pacientes estarem fora da cidade, a partir disso se tomaram medidas para controle de usuários, e evitar faltosos, e para melhorar o planejamento das consultas e obter resultados positivos nos meses seguintes da intervenção. Dando assim cumprimento ao cronograma de acordo com o protocolo. Fizemos um trabalho em equipe para facilitar essa meta, as agentes comunitárias de saúde fizeram um aumento das visitas domiciliar para desta forma aumentar o número de usuários para consulta medica tivemos muito apoio dos líderes comunitários pessoas de muito prestigio na comunidade a maioria idosos com vontade de

ferro dignos de continuar seu exemplo ,deste jeito se facilitou diminuir o número de faltosos a tabela mostra que os últimos dois meses não tivemos faltosos .

A cada mês que se investiu na busca ativa dos faltosos diabéticos na medida que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a intervenção com 0% para um total de usuários dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 1 usuário (100%), no 2º mês 1 usuário (100%), no 3º mês nenhum usuário (0%) e no 4º mês nenhum usuário (0%).

Infelizmente os primeiros meses apresentamos oitenta faltosos acho que isto corresponde que os primeiros meses não existiu uma boa divulgação do projeto ,também muitos de nossos usuários trabalham fora do município ou simplesmente trabalham pelas noites o dia tomam para descansar, para essa situação tomamos medidas de fazer consultas nas casas para melhorar o indicador os outros dois meses e tivemos resultados muito bom ,muitos destes usuários mulheres a maioria mães de famílias e sentem muito agradecimento pela nova forma de atenção de saúde .

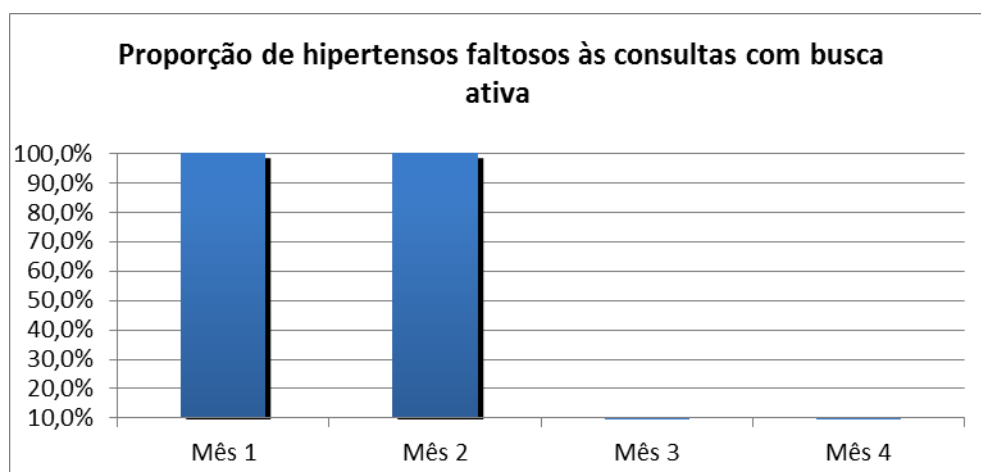


Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos na unidade de saúde UBS, Bairro São Paulo, Tapejara, RS

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel, 2015

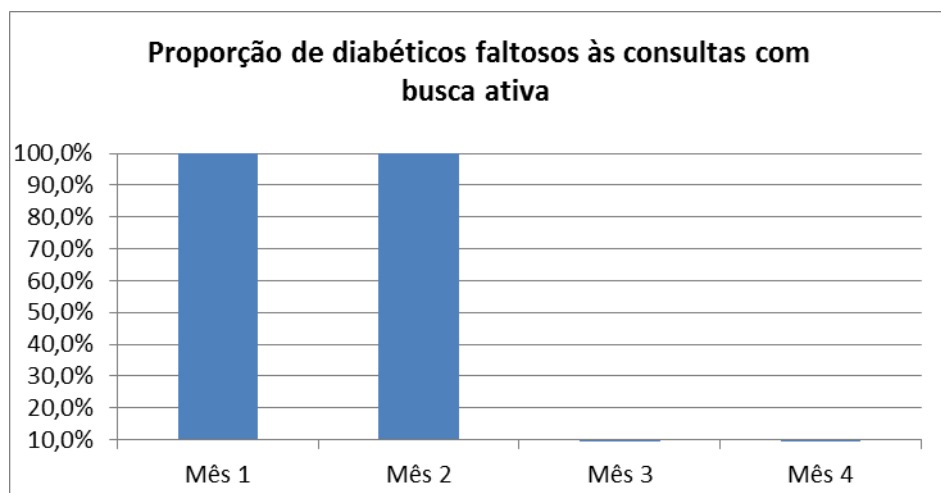


Figura 4: Proporção de diabéticos faltosos na unidade de saúde UBS, Bairro São Paulo, Tapejara, RS

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel, 2015

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para dar complemento ao indicador com registros adequados na ficha de acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos contamos com a renovação do Programa Hiperdia e o prontuário eletrônico que foi instalado juntamente como iniciamos o foco de intervenção. Foi muito bom pois permitiu de uma maneira mais eficiente ter todas as informações necessárias para nosso trabalho. E acompanhamento de equipe multiprofissional que proporcionou junto as ACS melhorar de forma ativa e atualizar o registro das informações dos usuários.

A cada mês que se investiu na ficha de acompanhamento dos hipertensos na medida que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a intervenção com 100% para um total de 305 usuários dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 39 usuários (100%), no 2º mês 83 usuários (100%), no 3º mês 113 usuários (100%) e no 4º mês 305 usuários (100%).

Conseguimos manter a ficha de acompanhamento dos diabéticos hipertensos cadastrados na ESF, realizado pela médica, ACS e enfermeira, psicóloga e nutricionista diariamente, tendo acompanhamento da Secretaria de Saúde para melhor controle e planejamento de consultas, permitindo fazer encaminhamentos oportunos para diferentes especialidades, para este totalizamos em número de pacientes hipertensos e diabéticos residentes na área da UBS, 394 pacientes, sendo 89 diabéticos e 305 hipertensos.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Objetivo 5:** Mapear diabéticos de risco para doença cardiovascular

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Realizamos estratificação do risco cardiovascular em 100% dos cadastrados, através da ficha espelho em conjunto da equipe, e implementação da consulta cardiovascular pelo SUS, e da cardiologista do município. Realizamos estratégias através da Secretaria de Saúde, para aumentar o número de consultas da cardiologista para estes pacientes, desta forma fizemos melhor estratificação do risco cardiovascular, tanto de hipertensos e diabéticos.

A cada mês que se investiu na estratificação de riscos cardiovasculares tanto de hipertensos e diabéticos, na medida em que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a intervenção com 100% para um total de 305 usuários hipertensos e 89 dos diabéticos dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 39 usuários (100%), no 2º mês 83 usuários (100%), no 3º mês 113 usuários (100%) e no 4º mês 305 usuários (100%) para usuários hipertensos. Já para diabéticos no 1º mês foram



cadastrados 11 usuários (100%), no 2º mês 38 usuários (100%), no 3º mês 44 usuários (100%) e no 4º mês 89 usuários (100%)

Outro aspecto para a estratificação do risco cardiovascular, foi o aumento de consultas, agendadas para dar cumprimento a esta meta, aumentou se as visitas domiciliares, por parte de todos os integrantes da equipe, fundamentalmente, pelas técnicas de enfermagem, que fazem parte da equipe de intervenção, no departamento de sinais vitais para a verificação de pressão arterial e teste de glicose, isto foi de grande ajuda, para a classificação de risco cardiovascular e o acompanhamento oportuno da cardiologista

Houve acesso a consulta do angiologista com negociação com secretaria de saúde para aumentar o número de consultas pelo SUS através das clínicas privadas, isto foi muito fundamental para o usuário diabético e assim realizamos controle do pé diabético que para satisfação nossa não temos diabéticos com essa complicação e depois de instalada a consulta, acho que as possibilidades são muito poucas.

Focamos muitas de nossas ações aos fatores de risco que podem levar complicações que formam parte dos riscos cardiovasculares, fizemos palestras que falavam sobre tabagismo alimentação saudável, obesidade, sedentarismo e os pacientes tiveram conhecimento de quanto prejudica um estilo de vida inadequado. Os usuários fumadores. Foram encaminhados para psicóloga onde atualmente ainda se encontram em tratamento juntamente fazemos igual para o paciente alcoólatra e dependente químico que sejam portadores destas doenças

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

**Objetivo 6:** Promover a saúde de diabéticos

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Traçamos a meta de garantir orientações nutricionais, sobre alimentação saudável, há 100% dos usuários cadastrados. mostram que 89 diabéticos de nossa população alvo realizamos assistência nutricional para isso contamos com uma nutricionista duas vezes por semana oferecendo apoio incondicional, ao foco de intervenção conjuntamente com ela fizemos palestras, com o tema nutrição, foi falado da importância de uma dieta baixa em sal pouca gordura, pouco açúcar, este foi o objetivo fundamental, para chegar aos resultados alcançados, durante o foco de intervenção foram feitas duas palestras, para tratar destes aspectos. Através das visitas domiciliares, fizemos um fortalecimento em aumentar o consumo de vegetais, legumes, diminuir o consumo de carne vermelha e evitar o consumo de bebidas alcoólicas. O tema de nutrição é um motivo importante para trabalhar em fatores de risco como por exemplo hiperlipidêmicas, obesidade, entre outros. Nossa comunidade, aceitou bem esta forma de atenção médica e junto a equipe realizamos resultados, positivos com a comunidade

A equipe se encontra muito feliz pelos êxitos alcançados nesta meta, proporcionar essa informação é tarefa de todos e os diferentes cenários profissionais temos que continuar para levar conscientização deste aspecto para toda a comunidade uma dieta balanceada rica em fibras ,vegetais ,legumes desde as escolas devem incentivar o bom hábito de uma nutrição saudável, além disso temos que trabalhar aqueles usuários assintomáticos que tem antecedentes de famílias com estas doenças e ainda não desenvolvem a enfermidade para eles também vai dirigido nosso projeto de saúde tendo em conta que prevenir é melhor que curar.

A cada mês que se investiu na orientação nutricional sobre alimentação saudável tanto de hipertensos e diabéticos, na medida em que no primeiro mês

começamos com 100% e terminamos a intervenção com 100% para um total de 305 usuários hipertensos e 89 dos diabéticos dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 39 usuários (100%), no 2º mês 83 usuários (100%), no 3º mês 113 usuários (100%) e no 4º mês 305 usuários (100%) para usuários hipertensos. Já para diabéticos no 1º mês foram cadastrados 11 usuários (100%), no 2º mês 38 usuários (100%), no 3º mês 44 usuários (100%) e no 4º mês 89 usuários (100%).

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos

**Meta 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física

**Objetivo 6:** Promover a saúde de diabéticos

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

**Indicador:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Outra meta foi a realização de atividades físicas com os usuários, diabéticos e hipertensos, mostram e apresentam que todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram acesso as orientações, pois contamos com uma academia popular, ao lado da UBS que atenciosamente se somou ao nosso estudo investigativo este lugar, conta com aparelhos, para realização de atividades físicas, foi muito difícil realizar esta meta por que a comunidade não tem o hábito de realizar exercícios físicos. Junto com a fisioterapeuta realizamos, um programa de exercícios, levando em conta, a faixa etária, doenças, foram organizados grupos para dar continuidade a esta atividade. É importante a presença de um técnico ou professor de educação física, para executar o cumprimento desta meta apesar da falta deste profissional, a equipe assumi-o este projeto para chegar ao resultado alcançado,

A academia, também se utiliza para organizar, palestras, para diferentes programas de atenção primária atividades recreativas entre outras.

A cada mês que se investiu na prática regular de atividade física tanto de hipertensos e diabéticos, na medida em que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a intervenção com 100% para um total de 305 usuários hipertensos e 89 dos diabéticos dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 39 usuários (100%), no 2º mês 83 usuários (100%), no 3º mês 113 usuários (100%) e no 4º mês 305 usuários (100%) para usuários hipertensos. Já para diabéticos no 1º mês foram cadastrados 11 usuários (100%), no 2º mês 38 usuários (100%), no 3º mês 44 usuários (100%) e no 4º mês 89 usuários (100%)

As atividades recreativas servem para fomentar a pratica de atividades física aproveitamos atividades lúdicas para incentivar a prática de exercício físico através de jogos de cadeiras de fitas entre outros e falamos da necessidade de fazer educação física para manter uma boa saúde desta forma fazemos estratificação do risco cardiovascular para um melhor controle dos usuários hipertensos e diabéticos da comunidade cadastrada.

**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de diabéticos

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Esta meta foi alcançada 100% da população estudada para um total de 394 usuários deles 305 hipertensos e 89 diabéticos para oferecer essa informação contamos com palestras .Fizemos aumento do número de palestras

junto a psicóloga ,agentes de saúdes de cada micro área que trabalharam na divulgação do foco intervenção .,as palestras feitas foram através de vídeos educativos atividades lúdicas onde demonstrava o dano do tabagismo entregamos materiais educativos para ler as propagandas em conta do cigarro falamos também das doenças e complicações de curto e longo prazo do tabagismo os risco para o fumador ativo e para o passivo a comunidade fico muito motivada pelo tema e foi motivo de debates nas palestras foi uma experiência muito legal para nós como equipe e para a comunidade em geral.

A cada mês que se investiu na orientação sobre os riscos do tabagismo tanto de hipertensos e diabéticos, na medida em que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a intervenção com 100% para um total de 305 usuários hipertensos e 89 dos diabéticos dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 39 usuários (100%), no 2º mês 83 usuários (100%), no 3º mês 113 usuários (100%) e no 4º mês 305 usuários (100%) para usuários hipertensos. Já para diabéticos no 1º mês foram cadastrados 11 usuários (100%), no 2º mês 38 usuários (100%), no 3º mês 44 usuários (100%) e no 4º mês 89 usuários (100%)

Acho que é umas das metas mais difícil de cumprir e a equipe fiz motivação que temos quatro pacientes que abandonarem o tabagismo ainda se encontram em tratamento ,consideramos um êxito essa quantidade continuaremos trabalhando para aumentar essa cifra não solo em nosso grupo controle sino também ao resto da população fumadora.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal

**Objetivo 6:** Promover a saúde de diabéticos

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

Foram realizados as orientações bucais a todos os usuário, cadastrados realizamos 100% a população estudada, sobre higiene bucal, para alcançar esta meta contamos, em nossa UBS, com um odontólogo quarenta horas semanais, a equipe realizou um esforço extraordinário, para o cumprimento desta meta.

Realizado acompanhamento no ambulatório odontológico com os usuários hipertensos e diabéticos para profilaxia das enfermidades periodontais e gengivais, bem como orientações a tabagistas para a importância do abandono do vício frente a prevenção do câncer bucal junto com uma alimentação saudável.

A cada mês que se investiu na orientação sobre higiene bucal tanto de hipertensos e diabéticos, na medida em que no primeiro mês começamos com 100% e terminamos a intervenção com 100% para um total de 305 usuários hipertensos e 89 dos diabéticos dos cadastrados na área de abrangência. No 1º mês foram cadastrados 39 usuários (100%), no 2º mês 83 usuários (100%), no 3º mês 113 usuários (100%) e no 4º mês 305 usuários (100%) para usuários hipertensos. Já para diabéticos no 1º mês foram cadastrados 11 usuários (100%), no 2º mês 38 usuários (100%), no 3º mês 44 usuários (100%) e no 4º mês 89 usuários (100%).

Feito palestras, junto com o odontólogo, técnica em saúde bucal, orientamos, sobre a necessidade de manter um higiene bucal, com uso do fio dental junto com escovação adequada, fizemos ênfase aos usuários diabéticos, que formam parte do grupo de risco, para complicações futuras, por meio de um foco séptico na boca, os 89 diabéticos, cadastrados de nosso foco de intervenção foi realizado revisão bucal através das visitas domiciliares , junto com odontólogo falamos, da gravidade de uma infecção na gengiva, molares, língua que pode vir acontecer, com o descontrole da glicose, e facilitar complicações futuras temos que destacar que a equipe fez um trabalho vital para o cumprimento dos objetivos e metas traçados em nosso trabalho.

## 4.2 Discussão

### Importância da intervenção para a equipe

A intervenção foi de fundamental importância para equipe porque exigiu capacitação da equipe para o cumprimento do programa e recomendações do MS para o rastreamento, cadastramento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Esta atividade possibilitou a integração da equipe, convertendo-se em um instrumento real de reorganização das atividades da UBS.

No departamento de sinais vitais se completou o recurso humano faltante e desta forma foi muito mais fácil o controle da pressão arterial e o teste de glicoses se integrou também o prontuário eletrônico onde a atenção aos usuários foi muito melhor porque aumentou a qualidade e qualificação e o número das consultas para cumprir o cronograma da intervenção, tivemos acompanhamento da psicóloga que integrou e a equipe ao princípio da intervenção sendo este um fator fundamental para o controle de fatores de risco e mudanças de estilos de vida da comunidade. A nutricionista aumentou também o número das consultas outra escada importante para o monitoramento e controle dos usuários cadastrados pelas agentes comunitárias de saúde, estas últimas desenvolveram um papel fundamental para o cadastramento e divulgação do foco de intervenção, busca de faltosos entre outras atividades tivemos apoio sempre da Secretaria de Saúde para o desenvolvimento do estúdio.

Isto acabou causando impacto em outras atividades do serviço como exemplo a farmácia fizemos um levantamento nesta área para levar controle dos medicamentos a secretaria completou com uma técnica de enfermagem essa vaga recebeu uma capacitação nesta esfera melhorando a entrega e controle dos medicamentos outro exemplo foi o dentista integrou de forma mais ativa a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos

Podemos falar que antes da implantação do PMM todas as atividades de atenção a hipertensos e diabéticos eram concentradas na médica. A

intervenção, reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas a equipe compreendeu a importância de trabalhar juntos para realizar ações de saúde com resultados positivos .

### **Importância da intervenção para o serviço**

A intervenção, em minha unidade de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos ,a melhoria dos registros e a qualificação da atenção foi de muita importância para toda a equipe, pois a mesma promoveu, o trabalho em conjunto, todos os membros foram capacitados para essa tarefa para ter um melhor acolhimento de qualidade ,a população alvo da intervenção foi uma responsabilidade compartilhada de todos os membros da equipe com destaque para ampliação dos exames dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos grupos também aumento o conhecimento da saúde bucal com o acompanhamento do odontólogo da unidade, fizemos palestras de diferentes temas sobre nutrição, abandono de tabagismo, obesidade, sedentarismo e prática de atividades físicas entre outras todas foram muito bem recebidas pela comunidade, para essas metas foi necessária uma adição de esforço de todos os envolvidos ,tendo como estratégia principal, o acompanhamento aos usuários diabéticos e hipertensos.

A busca ativa dos usuários faltosos, alguns dependentes alcoólatras, realizamos trabalho em conjunto acontecendo um melhor atendimento clínico, encaminhando os mesmos para o CAPS municipal, e a psicóloga trabalhou arduamente com eles, na atualidade dois deles estão inseridos na comunidade, trabalhando como pedreiros, e mantém suas consultas no CAPS do município.

Desta forma trabalhamos diminuindo a morbimortalidade dos mesmos com prevenção das sequelas e complicações futuras fazendo também trabalho educativo. A gestão propiciou uma rotina na avaliação das atividades bem como espaços de reflexões das praticas clínicas.

### **Importância da intervenção para a comunidade**

A intervenção foi muito importante para planejar e realizar ações de acordo com as necessidades dos usuários, a partir dos problemas de saúde da



comunidade. A comunidade participou ativamente, sendo parceira do que foi planejado.

Com as ações de engajamento público a comunidade tornou-se mais autônoma e satisfeita com o trabalho da UBS.

**O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento**

Se fosse realizar a intervenção neste momento, inicialmente, discutiria as atividades a desenvolver com profissionais da equipe, desde o início da unidade, faria análise situacional e garantiria uma boa articulação com a comunidade para informar-lhes os critérios para a priorização da atenção aos usuários que participariam na intervenção como o objetivo de melhorar a implementação das ações a desenvolver.

**Nível de incorporação de sua intervenção à rotina do serviço e que melhorias pretende fazer na ação programática**

A intervenção está sendo incorporada à rotina do serviço e realizado o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos, cadastrados na unidade, o acolhimento pelos profissionais da equipe aos usuários é de ótima qualidade, temos garantido o registro dos hipertensos e diabéticos, cadastrados na UBS.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura sendo o indicador mais baixo de nosso foco de intervenção, temos que fazer novas estratégias ou fazer melhor planificação para ampliar este indicador, fundamental no impacto da intervenção.

Penso que intervenção poderia ter sido facilitada se desde análise situacional já realizado em outros anos e isto facilita e melhora os resultados, as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, acho que também devemos ter uma articulação com a comunidade para explicitar o porque da priorização e fazer melhor maneira da implantar o foco de intervenção.

Agora estamos no fim da intervenção, penso que a equipe está integrada porém, vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço para isto teremos que superar dificuldades encontradas para obter resultados superiores, devemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade da atenção dos hipertensos e diabéticos ,em especial os altos riscos temos que implementar melhorias na intervenção ,temos que continuar e ampliar o registro de hipertensos e diabéticos, também ,pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos ,outra proposta é adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para ter controle melhor na coleta de dados e monitorar todos indicadores que tínhamos previsto no projeto incentivar ainda mais os líderes comunitários par realizar uma divulgação de excelência da intervenção.

Pretendemos realizar ações do programa de saúde a criança, para melhorar atenção à saúde, no serviço a equipe vai realizar campanhas educativas periódicas trabalharemos nos fatores de risco com jovens na faixa escolar, programas de atividades para reafirmação da importância destas medidas, para as duas populações especiais de indivíduos sitiados no grupo normal –limitrofe, na classificação de hipertensão arterial, e a de indivíduos considerados como intolerante a glicose.

## **5 Relatório de Intervenção para Gestores**

Este Relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção sobre o tema “Melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”.

Após o foco de intervenção, ficou identificado que a baixa cobertura da atenção para usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na USF do Bairro São Paulo. Diante disso, o objetivo geral do Projeto foi “Melhorar a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de Bairro São Paulo. Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com a população cadastrada organização e gestão do serviço; monitoramento e

avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica. Estas ações foram realizadas durante 16 semanas, ou seja, quatro meses, de intervenção.

Ações desenvolvidas no foco de intervenção foram as seguintes: Avaliação da atenção clínica dos hipertensos e/ou diabéticos; Realização da busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos; Cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa HIPERDIA; Acompanhamento dos indicadores de monitoramento e avaliação; Formação de grupo para educação em saúde; Realização de atividades educativas voltadas para a melhoria da atenção clínica nos grupos e nos domicílios; Capacitação da equipe multidisciplinar da USF de Bairro São Paulo sobre abordagem domiciliar dos hipertensos e/ou diabéticos e aplicação do questionário.

A capacitação da equipe multidisciplinar da USF de Bairro São Paulo sobre abordagem domiciliar dos hipertensos e/ou diabéticos foi voltada especialmente para os ACS. Mostrou-se importante para a melhoria do processo de trabalho dos trabalhadores na medida em que contribuiu para um maior conhecimento a cerca do tema e possibilitou reforçar o compromisso dos ACS no acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos de Bairro São Paulo.

Na perspectiva de melhorar a atenção clínica, foram realizados encontros mensais (palestras educativas) com os usuários. Essa atividade foi inserida na rotina do serviço e está sendo avaliada como satisfatória, pois esses momentos do grupo tem possibilitado a construção de vínculos, o reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela USF.

No último encontro em maio de 2015 foram colocadas em prática estratégias de favorecimento os cuidados clínicos desses usuários. Apresentaram-se vídeos educativos sobre a temática central e quanto a hábitos de vida saudáveis, com momentos para considerações e esclarecimento de dúvidas. Também foram realizadas a apresentação e a distribuição dos materiais escolhidos para a prevenção e melhoria destas doenças. Assim, destaca-se no eixo Organização e Gestão do Serviço a efetivação da avaliação

para o atendimento clínico dos hipertensos e/ou diabéticos através de um instrumento válido e reprodutível, pode ser incorporada na rotina do serviço. Com relação ao eixo Monitoramento e Avaliação, o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos no Programa HIPERDIA, configura-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, que deve ser continuada e exige comprometimento e dedicação de toda a equipe multidisciplinar, além do treinamento específico necessário, proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe semanal. No eixo Engajamento Público, atividades educativas foram realizadas e o grupo para educação em saúde foi criado. No entanto, fica o desafio para a equipe multidisciplinar da USF de Bairro São Paulo em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos, programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários. A Qualificação da Prática Clínica deve ser inserida na rotina da USF a partir da realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento a cerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe multidisciplinar da USF de Bairro São Paulo quanto de cada um dos profissionais. Neste sentido também é necessário que a gestão central fortaleça estas iniciativas. É preciso estabelecer e garantir uma rotina de supervisão das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada às demandas da população.

## **6 Relatório da Intervenção para a Comunidade**

Após a análise do foco de intervenção da USF de Bairro São Paulo quanto à atenção aos hipertensos e/ou diabéticos realizada durante as tarefas do Curso de Especialização, identificou-se a necessidade de investir em ações dirigidas aos usuários diabéticos e hipertensos em nossa área de abrangência. Além disso, planejou-se uma intervenção para melhorar a atenção clínica dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na USF. Para tanto, as ações desenvolvidas durante a intervenção foram as seguintes:

Houve realização de reuniões semanais com a equipe de saúde para apresentação do Projeto de Intervenção para usuários diabéticos e

hipertensos, organização da capacitação dos profissionais da equipe, da logística do trabalho de campo para melhor cadastramento destes usuários através da ficha espelho, encontros mensais com os hipertensos e/ou diabéticos e da reprodução de materiais, preparação das planilhas para a coleta dos dados, monitoramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto ao cadastramento no Programa HIPERDIA e registro atualizado no prontuário e ficha espelho. Cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com avaliação da farmácia junto à médica e a enfermeira coordenadora e da ESF (Estratégia de Saúde da Família). Mobilização dos usuários diabéticos e/ou hipertensos e familiares para a participação na pesquisa, através de líderes comunitários e agentes comunitárias de saúde.

Também ocorreu realização de atividades educativas (palestras) voltadas para a melhoria da atenção clínica de diabéticos e hipertensos, fizemos capacitação da equipe multidisciplinar da USF de Bairro São Paulo sobre abordagem domiciliar dos hipertensos e/ou diabéticos.

## **7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem**

Ser selecionada neste curso de especialização foi algo que me deixou muito feliz. As aulas iniciaram, conheci o Ambiente Virtual de Aprendizagem(AVA), e a minha orientadora, comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, professores e coordenadores, aprender conteúdos, e fiquei ainda mais maravilhada.

Compartilhei aprendizados com a equipe multidisciplinar da USF que trabalho, trouxe para fóruns considerações e dúvidas dos membros das equipes, compartilhei experiências, divulguei o curso para outros profissionais.

Passei por alguns problemas fazendo com que, várias vezes, pensasse em desistir. Porém, com o estímulo e a motivação de minha orientadora e apoio da equipe e da secretária de saúde municipal, consegui perseguir no curso e realizar minha intervenção.

Achei que realizar a intervenção na USF de Bairro São Paulo não seria tão difícil quanto foi. Primeiramente, tive dificuldade em seguir o cronograma

proposto, pois a equipe não compreendia o porquê da intervenção e deixavam o projeto sempre para segundo plano, diante de outras demandas da unidade. Acredito que poderia ter me doado mais ao curso e, assim, cumprir os prazos corretamente.

Entretanto, considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, ainda que não tão abrangentes, e com meu aprendizado.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimento a cerca ESF e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da USF de Bairro São Paulo aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na USF quanto a melhoria da atenção clínica dos usuários hipertensos e diabéticos, além da experiência médica no Brasil.

Apreendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Sobre a organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da ESF, aprendi que se faz necessária para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo/ Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série B: Textos Básicos de Atenção à Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Hipertensão Arterial Sistêmica. 58 p. Brasília, DF, 2006b

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB. 2011. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acessado em 11.03.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB. 2011. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acessado em 11.03.2012

## Anexo A – Ficha Espelho

## FICHA ESPELHO

## PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de  
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa    /    /                      Número do Prontuário:                      Cartão SUS

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
 Precisa de cuidador? ( ) Sim ( ) Não Nome do cuidador \_\_\_\_\_

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo tem: HAS? DM? HAS e DM?

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? ( ) Sim ( ) Não Data da primeira consulta odontológica: / / Estatura: cm Perímetro Braquial: cm

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO							
<b>DATA</b>							
<b>POSOLOGIA</b>							
Hidroclorotiazida 25 mg							
Captopril 25 mg							
Enalapril 5mg							
Enalapril 10 mg							
Losartan 50 mg							
Propranolol 40							
Atenolol 25 mg							
Atenolol 50 mg							
Anlodipina 5 mg							
Anlodipina 10 mg							
Metformina 500 mg							
Metformina 850 mg							
Glibenclamida 5 mg							
Insulina NPH							
Insulina regular							

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS						
DATA						
Glicemia de Jejum						
HGT						
Hemoglobina glicosilada						
Coletsterol total						
HDL						
LDL						
Triglicéridos						
Creatinina Sérica						
Potássio sérico						
Triglicéridos						
EQU						
Infecção urinária						
Proteinúria						
Corpos cetônicos						
Sedimento						
Microalbuminúria						
Proteinúria de 24h						

**FICHA ESPELHO**

## PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de  
Medicina Social

UFPEL

[illegible][illegible]









UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>

Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL